

# The Personal Wellness Center

6508 Deer Pointe Dr. Suite 4C, Salisbury, MD 21804

teléfono: 410-742-6016

## Consentimiento Informado para Telesalud

Al participar con mi terapeuta en cualquier tipo de comunicación ya sea consulta o asesoramiento, remunerada o no, estoy dando mi consentimiento y entiendo que:

1. Cuando sea necesario, estoy de acuerdo en participar en Telesalud (plataformas de servicios profesionales de uso de video y/o conferencia de audio) con mi prestador de servicios psicológicos, asesoramiento o terapias.
2. Telesalud incluye participar en prácticas en la entrega de cuidado de salud, diagnóstico, consulta, tratamiento y el traspaso de datos médicos y educación usando audio, video, o comunicación interactiva.
3. Telesalud puede involucrar la comunicación de información de salud protegida a otros prestadores de servicio de salud para la continuidad de cuidado y/o evaluación de caso y/o evaluación externa hecha por profesionales del área.
4. Hay riesgos y consecuencias al usar Telesalud incluyendo y no está limitado a la posibilidad, a pesar de todos los esfuerzos por parte de mi terapeuta que: la transmisión de mi información de salud médica/mental sea interrumpida o distorsionada por falla técnica; la transmisión de mi información puede ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica/mental podría ser accedida por personas no autorizadas.
5. Los servicios basados en Telesalud podrían diferir de los servicios en persona. A veces hay retrasos o distorsión en las imágenes de video debido a la conexión de internet y disponibilidad de banda ancha.
6. Como mi terapeuta podría no estar disponible inmediatamente, no es recomendable iniciar los servicios de Telesalud en situaciones de crisis a menos que se hayan hecho otras acomodaciones para este propósito previamente.
7. Debido a la naturaleza de los servicios de Telesalud, el terapeuta no estará disponible físicamente para asistir en una crisis. Servicios de emergencias locales pueden ser contactadas para mi asistencia en caso de crisis si se justifica y está disponible.
8. Si no puedo contactar a mi terapeuta en caso de emergencia, yo debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.
9. He proporcionado la información de una persona de contacto de emergencia. Esta persona está disponible y dispuesta a ir a mi domicilio en el evento de una emergencia y/o si mi terapeuta considera es necesario.
10. Si mi terapeuta cree que estaría mejor atendido por otros servicios (ejemplo: servicios en persona), seré derivado a un terapeuta para recibir servicios en persona.

11. Podría beneficiarme de los servicios de Telesalud y como los servicios en persona, los resultados no pueden ser garantizados o asegurados.

12. Debido a las licencias de regulacion del estado para Telesalud son distintas en cada estado, yo, el cliente, informare a este terapeuta sobre el lugar donde estoy ubicado a la hora de los servicios e informare al terapeuta con 24 horas de anticipación si cambio de ubicación.

13. Es mi responsabilidad de asegurarme de que tenga una buena conexión de internet y de tener la capacidad de manejar una video conferencia.

14. La ley de Maryland no permite las grabaciones de sesiones sin el permiso antes escrito del terapeuta.

15. Soy responsable de asegurarme de tener un espacio que sea confidencial para hablar con mi terapeuta durante la visita de Telesalud.

16. Yo soy quien notificara a mi terapeuta si alguien más estará presente o que pueda escuchar la visita de Telesalud.

17. Tengo el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento y cesar mis servicios de Telesalud.

He leído y entendido la información antes mencionada.

---

Nombre del cliente

---

Fecha

---

Firma del Tutor Legal o Cliente