



3151 Airway Avenue, Ste. F-206A

Costa Mesa, CA 92626

Phone: (714) 547-8111 Fax: (714) 547-7905

Email: info@turningpointoc.org Website: www.turningpointoc.org

Formulario de Consentimiento Informado de Telemedicina

Yo, _____ [nombre del paciente] doy mi consentimiento para participar en telemedicina con _____ [nombre de psicoterapeuta] como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la "telemedicina" incluye la práctica de la entrega de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante el uso de comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la telemedicina también implica la comunicación de mi información médica / mental, tanto oral como visual, a profesionales de la salud ubicados en California o fuera de California.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina:

- (1) Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro ni arriesgarme a perder o retirar ningún beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
- (2) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, la denuncia de abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; amenazas expresadas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde hago que mi estado mental o emocional sea un problema en un proceso legal.
- (3) Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telemedicina, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi psicoterapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

Además, entiendo que los servicios y la atención basados en la telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi psicoterapeuta cree que recibiría una mejor atención con otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales), me remitirán a un psicoterapeuta que puede brindar dichos servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que, a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, es posible que mi condición no mejore y, en algunos casos, que incluso empeore.

(4) Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina, pero que los resultados no pueden ser garantizados.

(5) Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de registros médicos de acuerdo con la ley de California.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Lo he discutido con mi psicoterapeuta y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del paciente / padre / tutor

Si está firmado por otra persona que no sea paciente, indique una relación

Fecha

Firma del psicoterapeuta