



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELE SALUD

La telesalud es atención médica que se brinda por cualquier medio que no sea una visita en persona. En los servicios de telesalud, la información médica y de salud mental se usa para diagnóstico, consulta, tratamiento, terapia, seguimiento y educación. La información de salud se intercambia de manera interactiva de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas. Las consultas telefónicas, las videoconferencias, la transmisión de imágenes fijas, las tecnologías de salud electrónica, el correo electrónico, los portales de pacientes y el seguimiento remoto de pacientes se consideran servicios de telesalud.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento : _____

1. Entiendo que la telesalud involucra la comunicación de mi información médica y de salud mental en un formato electrónico o asistido por tecnología (teléfono, videoconferencia y otros).
2. Entiendo que puedo optar por no participar en las visitas de telesalud en cualquier momento. Esto no cambiará mi capacidad para recibir atención futura en BOSC Mental Health, pero puede afectar mi capacidad para ver a mi proveedor actual.
3. Entiendo que los servicios de telesalud solo pueden brindarse a pacientes, incluido yo mismo, que se encuentran físicamente en el estado de FLORIDA, en el momento de sus visitas. Si mi proveedor también tiene licencia en cualquier otro estado, entonces también puedo tener visitas de telesalud cuando me encuentre físicamente en ese estado (es mi responsabilidad hablar con el personal de Salud Mental de BOSC sobre dónde tiene licencia mi proveedor, y es mi responsabilidad de notificarles en caso de que ya no pueda tener citas en un estado donde mi proveedor tiene licencia).
4. Entiendo que la información de facturación de telesalud se recopila de la misma manera que las visitas regulares al consultorio, y las tarifas de visita son las mismas para las visitas en persona y las visitas de telesalud en BOSC Mental Health.
 - a. Entiendo que si la tecnología falla para una sesión de videoconferencia, la visita se trasladará a una cita telefónica y no habrá cambios en las tarifas de la visita (seré responsable de la tarifa completa de la visita).
5. Si tengo beneficios de seguro de salud fuera de la red para servicios de salud mental, es mi responsabilidad hablar con mi compañía de seguros sobre si reembolsan las citas de telesalud. Nuestras tarifas no cambian si la compañía de seguros de un paciente acepta la telesalud como un gasto reembolsable, y es mi responsabilidad investigar antes de hacer una cita con esta oficina.

BOSC

Mental Health

6. Entiendo que todas las comunicaciones médicas electrónicas conllevan cierto nivel de riesgo. Si bien se reduce la probabilidad de riesgos asociados con el uso de la telesalud en un entorno seguro, los riesgos son, no obstante, reales e importantes de comprender. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:
 - a. Es más fácil que la comunicación electrónica sea reenviada, interceptada o incluso modificada sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.
 - b. Los sistemas electrónicos a los que acceden los empleadores, amigos u otros no son seguros y deben evitarse. Es importante para mí utilizar una red segura.
 - c. A pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor de atención médica, la transmisión de información médica podría interrumpirse o distorsionarse debido a fallas técnicas.
 - d. Las visitas de telesalud podrían ser "pirateadas", a pesar de que se hagan esfuerzos razonables para evitar que esto suceda.
 - e. Los proveedores no podrán realizar un verdadero examen físico, controlar signos vitales o tomar otras acciones, que pueden ser parte del estándar de atención, para la prescripción de ciertos medicamentos o al evaluar pacientes con ciertas presentaciones o condiciones. Si mi proveedor recomienda que compre un manguito de presión arterial y registre los datos, consulte a mi médico de atención primaria para los signos vitales o tome otras medidas para mitigar el riesgo de un resultado adverso debido a esto, es mi responsabilidad hacerlo, y reconozco que no hacerlo, puede resultar en daño físico para mí o un resultado adverso.
7. Acepto que la información intercambiada durante mi visita de telesalud será mantenida por médicos, enfermeras practicantes, terapeutas, administradores y otros proveedores involucrados en mi atención.
8. Comprendo que la información médica se rige por las leyes federales y estatales que se aplican a la telesalud.
9. Entiendo que Skype, FaceTime, Doxy o servicios similares pueden no proporcionar una plataforma segura que cumpla con la ley HIPAA, pero deseo continuar de manera voluntaria y consciente. Si tengo preguntas relacionadas con la plataforma que usa mi proveedor, es mi responsabilidad hablar con mi proveedor y/o con los miembros del personal de salud mental de BOSC antes de cualquier cita de telesalud.
10. Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme del uso no autorizado de mis comunicaciones electrónicas con otras personas.
11. El proveedor de atención médica no es responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por un tercero independiente o por mí.
12. Acepto que le he verificado a mi proveedor de atención médica mi identidad y ubicación actual en relación con los servicios de telesalud. Reconozco que el incumplimiento de estos procedimientos puede resultar en la terminación de mi visita de telesalud.
13. Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar la identidad y las credenciales del proveedor de atención médica que me brinda atención a través de telesalud y de confirmar que él o ella es mi proveedor de atención médica.

BOSCO

Mental Health

14. Entiendo que la comunicación electrónica no se puede utilizar para emergencias o asuntos sensibles al tiempo.
15. Entiendo y acepto que una evaluación médica a través de telesalud puede limitar la capacidad de mi proveedor de atención médica para diagnosticar completamente una afección o enfermedad. Como paciente, acepto la responsabilidad de seguir las recomendaciones de mi proveedor de atención médica, incluyendo otras pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio o una visita al consultorio.
16. Entiendo que la comunicación electrónica se puede usar para comunicar información médica altamente confidencial, como tratamiento o información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud mental y tratamiento de adicciones (uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas, por ejemplo).
17. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede optar por enviar mi información a un tercero autorizado. Por lo tanto, he informado al proveedor de atención médica de cualquier información que no deseo que se transmita a través de la comunicación electrónica.
18. Al firmar a continuación, entiendo los riesgos inherentes de errores o deficiencias en la transmisión electrónica de información e imágenes de salud durante una visita de telesalud.
19. Entiendo que nunca hay una garantía en cuanto a un resultado o resultado particular relacionado con una condición o diagnóstico cuando se brinda atención médica.
20. En la medida permitida por la ley, acepto renunciar y liberar a mi proveedor de atención médica y su institución o práctica de cualquier reclamo que pueda tener sobre la visita de telesalud.
21. **Entiendo que las comunicaciones electrónicas nunca deben usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. En caso de emergencia, llamaré al 911. Las telecomunicaciones (incluido el correo electrónico) nunca deben usarse en caso de emergencia. Además, los mensajes de texto nunca son una forma apropiada de comunicación con ninguno de nuestros proveedores, y no somos responsables de responder a ningún texto.**
22. Si durante el curso del tratamiento, el proveedor de un paciente considera que no tiene el conjunto de habilidades o los recursos para brindar atención segura a un paciente virtualmente o de otra manera (por ejemplo, si se evalúa que un paciente tiene un alto riesgo de autolesión o suicidio) el proveedor discutirá esto directamente con el paciente, proporcionará recursos para encontrar profesionales locales de salud mental (por ejemplo, proveedores a los que el paciente pueda ver para citas presenciales regulares, con privilegios de admisión en hospitales psiquiátricos locales y atención las 24 horas cobertura de emergencia), y el paciente deberá hacer la transición a un nuevo proveedor dentro de los 90 días; es importante para nuestra práctica que seamos honestos con nuestros pacientes, y si no sentimos que no solo encajamos bien médicamente, sino que encajamos **SEGURAMENTE**, se requerirá una transición de atención. Es responsabilidad del paciente programar una cita con otro proveedor y seguir adelante con esta transición de atención. Nuestros proveedores proporcionarán registros médicos y/o un resumen de la atención a su nuevo proveedor, con una divulgación de información firmada a su solicitud.
23. Si se atiende a un paciente por adicción, es posible que se requiera una visita personal inicial y se requerirá que los pacientes se realicen exámenes de detección de drogas al azar dentro de las 72

BOSC

Mental Health

horas posteriores a la solicitud del proveedor, durante toda la atención. Si un paciente abusa del alcohol o las benzodiazepinas (Xanax, Valium, Klonopin, Ativan), el proveedor puede requerir citas presenciales continuas, por motivos de seguridad, a su discreción. Además, es posible que su compañía de seguros no reembolse las visitas de telesalud. Es posible que lo remitan o no a un proveedor cara a cara regular según sus circunstancias únicas.

Certifico que he leído y entiendo este acuerdo y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Para la comunicación electrónica entre todos los proveedores y los miembros del personal de BOSC Mental Health y:

Nombre de el paciente
Escribir su nombre aquí constituye una firma legal.

Relación al paciente

Nombre de el Padre o del Guardian
Escribir su nombre aquí constituye una firma legal.

Fecha