

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

1. Entiendo que mi proveedor de psicoterapia acepta proporcionar servicios de telesalud según mi solicitud voluntaria.
2. Mi proveedor de psicoterapia me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para dichos servicios no será la misma que la visita directa de un cliente / proveedor de psicoterapia debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor. Entiendo que debo asegurar un ambiente confidencial para estas consultas e informar a mi proveedor que permita que otra persona participe en la consulta antes del inicio de esa consulta, si así lo desea.
3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene beneficios potenciales que incluyen un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirme desde un lugar de mi elección, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
4. Acepto proporcionar verificación de residencia en Texas si se solicita, e informar a mi proveedor inmediatamente de cualquier cambio de residencia.
5. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado, fallas en el equipo y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de psicoterapia o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telesalud si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
6. He tenido una conversación directa con mi proveedor, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este servicio. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y alternativas prácticas se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.
7. Entiendo que este documento de Consentimiento Informado de servicios de telesalud se utilizará junto con, pero no sustituirá, el documento de Consentimiento Informado general que requieren todos los pacientes antes de comenzar los servicios en Wright Wellness PLLC.

Consentimiento para utilizar los servicios de telesalud mediante una práctica simple

Telehealth by SimplePractice es el servicio de tecnología que usaremos para realizar citas de videoconferencia de telesalud. Es fácil de usar y no se requieren contraseñas para iniciar consulta. Al firmar este documento, reconozco:

- Telehealth by SimplePractice NO es un servicio de emergencia y, en caso de una emergencia, usaré un teléfono para llamar al 911.
- Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto virtual directo a través del Servicio de telesalud, ni SimplePractice ni el Servicio de telesalud brindan servicios o consejos médicos o de atención médica, incluidos, entre otros, servicios médicos de emergencia o urgentes.
- El Servicio de telesalud de SimplePractice facilita las videoconferencias y no es responsable de la prestación de atención médica, asesoramiento o atención médica.

- No asumo que mi proveedor tiene acceso a alguna o toda la información técnica en el Servicio de telesalud de SimplePractice, o que dicha información es actual, precisa o actualizada. No confiaré en que mi proveedor de psicoterapia tenga esta información en el Servicio de telesalud de SimplePractice.
- Para mantener la confidencialidad, no compartiré el enlace de mi cita de telesalud con nadie no autorizado para asistir a la cita.

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o me han leído este formulario y / o me han explicado este formulario.
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los servicios.
- Que se me ha brindado amplia oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.
- Que autorizo a mi proveedor de Wright Wellness PLLC a utilizar los servicios de telesalud en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____