



## Consentimiento informado para servicios de telesalud

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), por la presente acepto participar en servicios de telesalud con Northeast Youth & Family Services (NYFS) como parte de mi psicoterapia. Entiendo que telesalud incluye la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante audios o videos interactivos.

Todos los servicios de telesalud deben recibirse dentro del estado de Minnesota para cumplir con las leyes relacionadas con la confidencialidad. El terapeuta le brindará servicios desde un entorno privado y confidencial.

No todos los clientes podrán utilizar los servicios de telesalud. Antes de recibir los servicios de telesalud, se evaluará la idoneidad del servicio. Esta evaluación incluirá la disponibilidad de tecnología y un espacio privado para completar el servicio, el nivel de riesgo y la capacidad para participar efectivamente en el servicio. Si se considera que los servicios de telesalud no son apropiados para usted, se proporcionarán citas en persona. Se volverá a evaluar su aptitud para telesalud a medida que se produzcan cambios.

Los clientes tienen los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

- Puede solicitar reunirse en persona en cualquier momento.
- Se aplican los mismos derechos y limitaciones de confidencialidad a telesalud que a la terapia en persona.
- A pesar de todos los esfuerzos de la agencia y el terapeuta, existen riesgos para la telesalud, incluidas fallas técnicas y acceso no autorizado a la información médica.
- Los resultados de la telesalud pueden o no ser tan efectivos como la terapia en persona y, por lo tanto, se evaluará periódicamente la efectividad de esta forma de terapia.

El siguiente procedimiento se utilizará para abordar una crisis durante la sesión:

- Al comienzo de cada sesión, el terapeuta solicitará una confirmación visual y la ubicación física del cliente. El terapeuta anotará la ubicación si es diferente a la residencia principal anotada en el registro del cliente.
- Si existe un problema de autolesión y el terapeuta no puede resolverlo, el terapeuta se comunicará con la persona de contacto de emergencia del cliente para tener una conversación a tres bandas, si es posible. El terapeuta intentará permanecer con el cliente hasta que tenga al contacto de emergencia en la llamada.
- Si no se puede contactar al contacto de emergencia, o las preocupaciones persisten, entonces se realiza una solicitud de control de bienestar a la policía. Si el terapeuta teme un daño inminente, llamará al 911 con la ubicación del cliente.
- Si el cliente se desconecta de la llamada, el terapeuta llamará al contacto de emergencia y, si teme un daño inminente, llamará al 911 con la ubicación del cliente.
- El terapeuta se asegurará de que todos los clientes reciban recursos de crisis en la admisión (líneas de crisis del condado, hospitales locales, 911), y nuevamente si el cliente experimenta problemas de seguridad entre sesiones.

Complete el reverso de la hoja y firme.

Para evaluar el ajuste de los servicios de telesalud, responda las siguientes preguntas:

**Tecnología:**

¿Tiene una computadora/dispositivo con acceso a internet que tenga un navegador web actualizado?

- Sí
- No

¿Tiene una dirección de correo electrónico con la que se sienta cómodo?

- Sí
- No

¿Se siente cómodo utilizando telesalud con fines terapéuticos?

- Sí
- No

¿Tiene una ubicación confidencial para recibir telesalud y puede probar la capacidad de su computadora/acceso a internet?

- Sí
- No

Existe la posibilidad de interrupciones tecnológicas durante las sesiones. ¿Cree que el uso de la tecnología le causará más angustia de lo que lo ayudará?

- Sí
- No

**Región/ubicación:**

¿Estará en el estado de Minnesota cuando reciba los servicios?

- Sí
- No

¿Tiene acceso a los servicios de emergencia?

- Sí
- No

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia disponible en la sesión \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra impresa

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación del representante