

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD MENTAL

Anexo al Consentimiento y Aceptación del Cliente y al Procedimiento de Quejas y Reclamaciones

NOMBRE DEL CLIENTE: [REDACTED] FEC. NAC.: [REDACTED]	FECHA EN QUE SE OTORGÓ EL CONSENTIMIENTO: [REDACTED]
UBICACIÓN DEL CLIENTE: [REDACTED]	[REDACTED]
NOMBRE DEL PROVEEDOR: [REDACTED]	
UBICACIÓN DEL PROVEEDOR: [REDACTED]	

### INTRODUCCIÓN

Telesalud mental es la prestación de servicios de salud mental mediante el uso de la tecnología cuando el profesional de salud mental y el cliente se encuentran en diferentes lugares físicos. Entre los profesionales de salud mental de la Agencia de Servicios Sociales para la Comunidad Judía (JSSA) se encuentran trabajadores sociales, terapeutas, psiquiatras, psicólogos y enfermeros profesionales. La información transmitida electrónicamente utilizada para el diagnóstico, la terapia, seguimiento y/o educación del cliente, puede incluir cualquiera de lo siguiente:

- Historial médico del cliente.
- Comunicaciones interactivas de audio, video y/o datos.
- Cualquier otra comunicación transmitida por correo electrónico, fax, sistema electrónico o servicio equivalente.

Los sistemas electrónicos interactivos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de su información de identificación y los datos de imágenes, e incluirán medidas para proteger los datos y para asegurar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

*En caso de requerir información adicional, por favor consulte el Consentimiento y Aceptación del Cliente y los Procedimientos de Quejas y Reclamaciones y el Aviso sobre Prácticas de Privacidad que recibió al inscribirse. Por favor, consulte el Procedimiento de Quejas y Reclamaciones para el proceso relativo a la presentación de una queja o inquietud a la JSSA, incluyendo cualquier queja o inquietud relacionada con la prestación de servicios de telesalud mental.*

### POSIBLES BENEFICIOS DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD MENTAL

Los servicios de telesalud mental serán similares a una visita de rutina al consultorio, excepto que la tecnología de video interactivo permitirá que se comunique con el profesional a distancia. Los beneficios adicionales incluyen, entre otros:

1. Acceso mejorado y continuo a los servicios de salud mental al permitirle permanecer en su hogar.
2. El proveedor puede seguir consultando y adquiriendo los conocimientos de otros profesionales de la salud mental y proveedores médicos que se encuentran en sitios distantes/otros sitios.

### POSIBLES RIESGOS DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD MENTAL

Como ocurre con cualquier servicio ofrecido a través de la telesalud, existen posibles riesgos asociados a su uso. Estos riesgos incluyen, en forma enunciativa más no limitativa:

1. La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, baja resolución de las imágenes) para permitir la adecuada toma de decisiones por parte del proveedor.
2. Es posible que el proveedor no pueda brindar tratamiento médico al cliente mediante el uso de equipos de telesalud ni proporcionar ni organizar la atención de emergencia que el cliente pueda requerir.

3. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
4. Aunque es muy poco probable, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información de salud protegida (PHI) o de la información personal de identificación (PII).

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

1. Entiendo que si se presenta una emergencia médica, se me indicará que llame al 9-1-1 inmediatamente y que mi proveedor no podrá conectarme directamente con ningún servicio de emergencia local.
2. Acepto suministrarle a mi proveedor de salud mental información completa como parte de la interacción de telesalud mental, de la misma manera que lo haría durante un encuentro en persona. También estoy de acuerdo en plantear cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre la prestación de servicios de telesalud mental mediante la tecnología con mi proveedor de servicios de salud mental para que puedan ser abordadas o que podamos discutir métodos alternativos de tratamiento.
3. Los servicios de telesalud mental deben prestarse mediante una comunicación bidireccional asistida por tecnología audiovisual conforme a la HIPAA (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico), como una computadora con una cámara o un smartphone.
4. Entiendo que existe el riesgo de que se produzcan fallas técnicas durante la prestación del servicio de telesalud mental que escapan al control de la JSSA y de mi proveedor de salud mental. Acepto exonerar de responsabilidad a la JSSA y a mi proveedor de salud mental por cualquier retraso en la evaluación o por información que se haya perdido debido a tales fallas técnicas.
5. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información sobre salud mental también se aplican a la telesalud mental. La JSSA no revelará mis registros a nadie fuera de la JSSA si no cuenta con mi consentimiento, excepto cuando la confidencialidad represente un peligro inminente para mí o para terceros, o cuando la ley disponga lo contrario.
6. Tengo derecho a denegar o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud mental en el transcurso de mi atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento en el futuro ni arriesgar la pérdida o el retiro de los beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho.
7. Tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telesalud mental, y puedo recibir copias de esta información por un precio razonable, previa solicitud por escrito.
8. Entiendo que todos los requisitos de facturación pertinentes siguen siendo válidos (por ejemplo, coaseguros y deducibles).
9. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telesalud mental en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar resultados.

#### **CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD MENTAL**

*He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud mental, la he discutido con mi proveedor de salud mental, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telesalud mental en mi atención terapéutica. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a la Agencia de Servicios Sociales para la Comunidad Judía a usar la telesalud mental en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.*

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente / Padre, Tutor o Representante Legal

\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal, en caso de no ser el Cliente

*\*Favor escribir en letra imprenta*

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Fecha

*\*Si firma este documento como representante legal del cliente, debe proporcionar prueba de su autoridad legal para actuar en nombre del cliente (por ejemplo, un poder notarial, designación de representante para cuidados médicos, etc.) antes de que se puedan prestar los servicios.*