



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Nombre (por favor escriba) _____ Fecha de Nacimiento _____ #ID MHCD _____

Por favor lea y complete este formulario para dar consentimiento a servicios de telesalud. Este *consentimiento informado para servicios de telesalud* es en adición al *consentimiento general para los servicios* del Mental Health Center of Denver y no reemplaza ni cambia los términos del consentimiento general para servicios.

Explicación de telesalud

Telesalud usa tecnologías de comunicación para permitir a los proveedores médicos y a los profesionales clínicos del Mental Health Center of Denver (MHCD) conectar con individuos por medios electrónicos mientras que el proveedor y la persona que recibe los servicios se encuentran en lugares distintos. La telesalud incluye la práctica de la prestación de cuidados de salud del comportamiento, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, las referencias a recursos, la educación y la transferencia de datos médicos y clínicos.

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información de salud personal también aplican a telesalud. Hay algunas excepciones a esta regla general de confidencialidad que incluye, pero no se limita a: peligro a mí mismo o a otros; abuso o negligencia hacia niños, ancianos, o adultos en riesgo; o discapacidad grave.
2. Las tecnologías de comunicación que utiliza MHCD para la telesalud incorporan diversas medidas de seguridad para proteger la confidencialidad de la información que se transmite.
3. A pesar de los esfuerzos razonables del MHCD y de mi proveedor médico o clínico, existen riesgos con los servicios de telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limita a, que la comunicación se interrumpa o que este distorsionada por culpa de fallos técnicos, y que una persona no autorizada acceda o interrumpa una sesión de telesalud. Si se pierde la conectividad durante una sesión de telesalud, puedo ponerme en contacto con MHCD por teléfono para coordinar métodos alternativos de prestación de servicios.
4. La telesalud se puede percibir de manera diferente a los servicios en persona. Si yo o mi proveedor médico o clínico piensa que sería mejor para mí otra forma de prestación de servicios, como en persona, puedo ser referido a un proveedor médico o clínico en mi área geográfica, o se me puede ofrecer una cita en persona en un centro de MHCD.
5. Puedo retirar mi consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin que afecte mi habilidad para recibir otros servicios de MHCD, ahora o en el futuro.
6. No puedo grabar sesiones de telesalud sin previa autorización de mi proveedor médico o clínico. Mi proveedor médico o clínico no grabará las sesiones sin primero informarme. La información compartida durante las sesiones de telesalud es confidencial y no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito, al menos que la ley requiera o permita su divulgación.
7. Otras personas pueden estar en la habitación con mi proveedor médico o clínico, como un escribano para tomar notas o alguien que proporcione apoyo tecnológico. Se me informará de su presencia y tengo derecho a pedirles que abandonen la sesión. Además, mi información de salud puede ser compartida con otras personas autorizadas por MHCD para fines de programación de citas o facturación. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad al menos que la ley requiera o permita su divulgación.
8. Tengo derecho a acceder mi información médica y a copias de mi expediente médico de acuerdo con la ley federal y las leyes del Estado de Colorado.
9. MHCD facturará a mi seguro médico por los servicios de telesalud, según corresponda. Yo soy responsable de todos los costos por servicios de telesalud que no estén cubiertos por el seguro o por un programa de asistencia financiera.
10. En una **situación de crisis o emergencia**, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda en un hospital o centro de atención médica orientado hacia las crisis en mi área inmediata.

Al firmar a continuación o al hacer clic en aceptar, reconozco que he leído y entiendo este formulario de consentimiento; todas mis preguntas sobre los servicios de telesalud han sido respondidas a mi satisfacción; acepto los riesgos y posibles costos asociados con los servicios de telesalud; y doyo mi consentimiento a los servicios de telesalud.

Firma: _____

Fecha: _____