



CENTER FOR MINDFUL PSYCHOTHERAPY (CMP)

Formulario de Consentimiento Informado para Telemedicina

Yo, _____ [nombre del cliente], por la presente otorgo mi consentimiento para participar en telemedicina con _____ [nombre del sicoterapeuta] como parte de mi sicoterapia. Entiendo que «telemedicina» comprende la entrega de atención de salud, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación mediante el uso de comunicaciones de datos o de audio y video interactivos. Entiendo que la telemedicina también implica la comunicación de mi información médica/mental, de manera oral y visual, a los profesionales de la salud que están en California o fuera de California.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina:

1. Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamientos en el futuro, ni de correr el riesgo de perder o que se retiren los beneficios de programas a los que de otro modo tendría derecho.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Por ende, comprendo que la información que he divulgado durante el curso de mi terapia es confidencial en general. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas con respecto a la confidencialidad, entre ellas, denunciar abuso de niños, adultos mayores y adultos dependientes; amenazas expresas de violencia contra una víctima determinable; y cuando yo haga de mi estado mental o emocional un problema en un procedimiento jurídico.
3. También entiendo que no se producirá la diseminación de información o imágenes que permitan la identificación personal desde la interacción en telemedicina hacia investigadores u otras entidades, sin mi consentimiento por escrito.

Entiendo que el uso de la telemedicina conlleva riesgos y consecuencias, entre ellos, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de parte de mi sicoterapeuta, de que: la

transmisión de mi información médica podría interrumpirse o distorsionarse debido a fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o que personas no autorizadas podrían acceder al almacenamiento electrónico de mi información médica.

Además, entiendo que los servicios y atención basados en telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que, si mi sicoterapeuta considera que me convendría más otra forma de servicios sicoterapéuticos (por ej., servicios presenciales), se me derivará a un sicoterapeuta que pueda proporcionarme esos servicios en mi zona. Por último, entiendo que hay posibles riesgos y beneficios relacionados con cualquier forma de sicoterapia y que, a pesar de mis esfuerzos y los de mi sicoterapeuta, mi condición podría no mejorar y en algunos casos, hasta podría empeorar.

4. Entiendo que podría beneficiarme de la telemedicina, pero que esos resultados no pueden ser garantizados ni asegurados.
5. Entiendo que tengo el derecho a tener acceso a mi información médica y copias de mis registros médicos, conforme con la ley de California.

He leído y entiendo la información arriba proporcionada. He conversado sobre esta con mi sicoterapeuta, y todas mis preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____

(Usar renglones para fechas y firmas adicionales, como sea necesario. Si una persona firma en capacidad representativa, como un padre o tutor o custodio designado por tribunal, esa capacidad debe establecerse y debe especificarse la persona que es representada).