



SAN MATEO COUNTY HEALTH

# BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD

| INFORMACIÓN DEL CLIENTE  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Nombre del cliente:</b>   | <b>Fecha de nacimiento:</b> |
| N.º de historia clínica:   |                             |
| Proveedor de telesalud:  | Programa:                   |
| <input type="checkbox"/> Este proveedor revisó y actualizó la dirección, el número de teléfono y los contactos de emergencia actuales del cliente.   |                             |
| INTRODUCCIÓN   |                             |
| Usted tendrá una cita clínica por medio de la tecnología de videoconferencia. Podrá ver y escuchar al proveedor, y el proveedor podrá verlo y escucharlo a usted, como si estuvieran en la misma habitación. La información puede ser utilizada para fines de diagnóstico, tratamiento, terapia, seguimiento o fines educativos.   |                             |
| <b>Beneficios esperados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejor acceso a la atención al permitir al cliente permanecer en una ubicación remota y obtener servicios de proveedores que se encuentran en lugares distantes.</li> <li>• El cliente permanece más cerca de casa, desde donde los proveedores locales de atención médica pueden mantener la continuidad de la atención.</li> <li>• Se reduce la necesidad de que el cliente u otro proveedor se traslade.</li> </ul>  |                             |
| <b>El proceso:</b><br>Si no se siente cómodo de consultar a un proveedor por medio de la tecnología de videoconferencia, puede rechazar el uso de la tecnología y programar una sesión telefónica tradicional sin video en cualquier momento. Se utilizan medidas de seguridad para garantizar que esta videoconferencia sea segura, y ninguna parte de la cita se grabará sin su consentimiento.  |                             |
| <b>Posibles riesgos:</b><br>Existen riesgos potenciales relacionados con el uso de la telesalud que incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor puede determinar que la cita de telesalud no proporciona la información suficiente para tomar una decisión clínica adecuada, lo que puede requerir visitas adicionales en persona.</li> <li>• Los problemas tecnológicos pueden retrasar la evaluación médica y el tratamiento en cualquier momento.</li> <li>• En casos muy poco frecuentes, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de su información. Se le notificará de inmediato si surge algún problema de seguridad.</li> </ul> |                             |
| <b>Al firmar o dar mi consentimiento verbal a este formulario, entiendo lo siguiente:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud durante mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.</li> <li>2. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telesalud en mi atención, pero que no es posible asegurar ni garantizar los resultados.</li> <li>3. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud.</li> </ol>                                    |                             |
| <b>Consentimiento verbal para el uso de la telesalud:</b><br><input type="checkbox"/> Este formulario se revisó con el cliente. El cliente confirmó de manera verbal que comprende la información proporcionada anteriormente sobre la telesalud y se respondieron todas las preguntas del cliente. <b>Fecha/hora del consentimiento verbal:</b> _____   |                             |
| El cliente autorizó a _____ utilizar la telesalud durante el diagnóstico y tratamiento del cliente.<br><small>(Nombre de la agencia)</small>   |                             |
| Firma/confirmación verbal del cliente (o persona autorizada) _____ Fecha/hora _____  |                             |
| Firma del proveedor que confirma que se obtuvo el consentimiento informado _____ Fecha/hora _____  |                             |