



MRN: Client Name:
----------------------

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	
<b>Nombre del cliente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
N.º de historia clínica:	
Proveedor / Programa:	
<input type="checkbox"/> Este proveedor revisó y actualizó la dirección, el número de teléfono y los contactos de emergencia actuales del cliente.	

Tiene la opción de enviar y recibir comunicación electrónica desde y hacia los Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) y para asistir a sesiones de forma remota (por teléfono o por telesalud [video]). Los BHRS desean asegurarse de que entiende los riesgos, beneficios, limitaciones y requisitos del uso de la comunicación electrónica (incluida la telesalud). La información recopilada de la comunicación electrónica con su proveedor de BHRS se puede utilizar para el diagnóstico, el tratamiento, la terapia, el seguimiento y la educación. Se están utilizando medidas de seguridad para garantizar que la comunicación electrónica utilizada por los BHRS sea segura, aunque esto no elimina todos los riesgos asociados con la comunicación electrónica. La telesalud (video) y las consultas telefónicas no se grabarán sin su consentimiento.

Si no se siente cómodo utilizando la comunicación electrónica o viendo a un proveedor por medio de la tecnología de videoconferencias, puede rechazar el uso de la tecnología y programar una sesión en persona o una sesión telefónica tradicional sin video en cualquier momento, salvo que existan limitaciones por motivos de salud pública u otras inquietudes. Si prefiere las citas en persona, pero enfrenta barreras de transporte, el personal puede ayudarle a explorar los beneficios de transporte no médico de Medi-Cal que podrían facilitarle acudir a su cita en persona.

**Beneficios potenciales:**

- Mejor acceso a la atención al permitir al cliente que permanezca en una ubicación remota y obtener servicios o información de proveedores que se encuentran en lugares lejanos.



MRN:  
Client Name:

- El cliente permanece más cerca de casa, desde donde los proveedores locales de atención médica pueden mantener la continuidad de la atención.
- Se reduce la necesidad de que el cliente u otro proveedor tenga que trasladarse.
- Con la telesalud, el cliente podrá ver y escuchar al proveedor, y el proveedor podrá ver y escuchar al cliente, como si estuvieran en la misma habitación.

### **Riesgos y limitaciones potenciales:**

- Existen riesgos potenciales y limitaciones asociados con el uso de la comunicación electrónica (incluida la telesalud) que incluyen, pero no se limitan, lo siguiente:
  - El proveedor puede determinar que la cita de telesalud o por teléfono no proporciona la información suficiente para tomar una decisión clínica adecuada, lo que puede requerir visitas adicionales en persona.
  - Los problemas tecnológicos asociados con los servicios remotos (por teléfono o telesalud) pueden retrasar la evaluación médica y el tratamiento en cualquier momento.
  - En casos muy poco frecuentes, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información del cliente. El cliente será notificado de inmediato si surge algún problema de seguridad.

### **Yo entiendo que:**

- El uso de la comunicación electrónica que implica que la información se envíe, reciba o almacene electrónicamente conlleva un nivel de riesgo de seguridad. Los BHRS recomiendan, y en algunos casos requieren, el uso de formas de comunicación seguras (encriptadas) para minimizar el riesgo de seguridad, aunque entiendo que esto no siempre garantiza o elimina el riesgo de una posible violación de la información.
- En algunos casos, el condado puede proporcionar una plataforma certificada de mensajería segura y compatible con La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) (utilizada a través del sitio web o la aplicación móvil) con el fin de permitir la conversación privada entre el cliente y el proveedor. No debe haber ninguna expectativa por parte de los clientes de que los mensajes seguros intercambiados en una plataforma compatible con la HIPAA reemplazarán o deben usarse en lugar de buscar atención de salud mental a través de una visita en persona (o video) o atención telefónica con



un proveedor de salud mental.

- El uso de plataformas de telesalud autorizadas por los BHRS debe ser para citas de telesalud, ya que las plataformas aprobadas cumplen con la HIPAA y están encriptadas para garantizar la seguridad de mis sesiones con mi proveedor.
- Los mensajes de texto y los correos electrónicos son principalmente para logística como la confirmación de citas solamente. La privacidad del cliente es muy importante. Como los mensajes de texto no cumplen las normas de privacidad, no pueden incluir información de salud privada. Deje los detalles clínicos en un mensaje de voz o espere a tener una conversación directa con el proveedor.
- Si pido recibir mensajes de texto o correos electrónicos no encriptados, esto conlleva un mayor riesgo de una violación de la seguridad y acepto este riesgo en orden de recibir mensajes electrónicos no encriptados.
- El personal no revisa su correo electrónico, mensajes de voz o mensajes de texto fuera de sus horas de trabajo y apaga sus dispositivos de trabajo cuando no está trabajando.
  - El personal mantendrá actualizados los saludos del buzón de voz de mi consultorio y de mi celular para que digan sus horarios de trabajo y el tiempo de ausencia. Los saludos incluirán la información sobre cómo puedo recibir asistencia urgente si el personal no está disponible.
- El personal no podrá recibir o responder mensajes si están con otro cliente o en una reunión, conduciendo o participando en otras tareas que interfieran con su capacidad para responder.
- Los mensajes a mi proveedor a través de mensajes de texto, correo de voz o correo electrónico no son para abordar fines urgentes o de emergencia. Entiendo que si dejo un mensaje a través de una comunicación electrónica no hay garantía de cuándo el proveedor podrá recibir y responder al mensaje.
- Sin el consentimiento electrónico, la comunicación y la continuidad de la atención pueden retrasarse e interrumpirse para el cliente y sus proveedores.
- Si tengo una emergencia o una necesidad urgente, entiendo que puedo ir a la sala de emergencia de un hospital, atención de urgencia o comunicarme con una línea directa de crisis. Algunos números locales que el personal ha proporcionado son:
  - Servicios de emergencia psiquiátrica: \_\_\_\_\_



MRN:  
Client Name:

- Línea de crisis las 24 horas: \_\_\_\_\_

**Al firmar o proporcionar el consentimiento verbal de este formulario**, reconozco que he leído, entendido y hablado con mi proveedor de los riesgos, beneficios y limitaciones de cada forma de comunicación electrónica, incluida la telesalud. Específicamente, entiendo que:

1. Tengo derecho a acceder a citas en persona y mi uso de los servicios de telesalud es voluntario. Puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para usar los servicios de telesalud sin que ello afecte mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal en el futuro. Puedo esperar los beneficios previstos del uso de la comunicación electrónica, incluida la telesalud, en mi atención pero no es posible asegurar ni garantizar los resultados o resultados específicos.
2. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la comunicación electrónica, incluida la telesalud.
3. Existen riesgos y limitaciones en el uso de la comunicación electrónica con mi proveedor.

### Teléfono

- Al proporcionar mi número de teléfono, autorizo a Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) y a mi equipo de tratamiento a brindar servicios por teléfono o comunicarse con respecto a citas, recursos, etc., a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto, o a través de mensajes seguros que cumplen con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de acuerdo con la política de BHRS.
- Autorizo a los BHRS a dejar mensajes de voz detallados en mi buzón de correo de VOZ.

### Correo electrónico

- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, autorizo a los BHRS y a mi equipo de tratamiento a comunicar mensajes sobre citas, recursos comunitarios, encuestas, etc., de acuerdo con el plan de acción de los BHRS.
- Doy mi consentimiento para enviar y recibir mensajes de correo electrónico en un formato no encriptado.



MRN: Client Name:
----------------------

**Telesalud**

Autorizo a los BHRS a proporcionar mis servicios a través de telesalud (video).

**Comunicarme con mi proveedor en su teléfono celular del trabajo**

Estoy de acuerdo y entiendo los riesgos y limitaciones de comunicarme con mi proveedor en su teléfono celular del trabajo.

**Consentimiento verbal:**

Este formulario se revisó con el cliente. El cliente confirmó de manera verbal que comprende la información proporcionada anteriormente sobre la comunicación electrónica, incluida la telesalud, y se respondieron todas las preguntas del cliente. El cliente consiente el uso de la comunicación electrónica como se indica anteriormente. Fecha/hora del consentimiento verbal: \_\_\_\_\_

El cliente autorizó a \_\_\_\_\_ (Nombre de la agencia) a utilizar la telesalud en el curso del diagnóstico y tratamiento del cliente.

**Firma/Confirmación verbal del cliente (o persona autorizada)** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor que confirma que se obtuvo el consentimiento informado** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora** \_\_\_\_\_