



Consentimiento Informado para Servicios de Telesalud

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Programa: _____

Introducción

La Telesalud incluye el uso de comunicaciones electrónicas que permiten a los profesionales de *Children & Families First* conectarse con personas que utilizan comunicaciones interactivas con vídeo y/o audio. La telesalud incluye la prestación de servicios, evaluaciones, consultas, tratamientos, derivación a prestadores, educación y transferencia de datos sobre los servicios. Los sistemas electrónicos utilizados incluirán protocolos de seguridad de redes y software para proteger la confidencialidad de la información sobre los clientes.

Beneficios Esperados

- Continuidad del servicio.
- Acceso mejorado a la atención.
- Evaluación y administración eficiente.
- Aprovechamiento de los conocimientos de un profesional en forma remota.

Riesgos Posibles

Al igual que en cualquier procedimiento de atención médica, existen riesgos potenciales relacionados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- Demoras en la evaluación y tratamiento debido a deficiencias o fallas en los equipos;
- En muy raras ocasiones podrían fallar los protocolos de seguridad provocando una violación de la privacidad de información médica personal;
- En muy pocos casos la falta de acceso a los registros sanitarios completos podría resultar en interacciones adversas u otros errores de juicio;

Plan Alternativo en caso de Falla en la Videoconferencia

- Si se desconecta la comunicación durante una visita de telesalud, debes reiniciar la sesión.
- Si no puedes reconectarte dentro de los siguientes cinco minutos, por favor llámame.
- Si no recibo novedades tuyas dentro de los diez minutos posteriores, aceptas (a menos que solicites lo contrario), que te llame al número de teléfono que tenemos archivado.
- En ese momento, continuaremos o reprogramaremos la sesión.

Manejo de Emergencias en Servicios de Telesalud

Al firmar este documento, presto mi consentimiento a que ciertas situaciones, incluyendo emergencias y crisis, son inadecuadas para servicios de audio/vídeo/computarizados. Si me encuentro en una crisis o emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o pedir ayuda a un hospital o línea de asistencia para crisis al (800) 652-2929 o (302) 577-2484 (adultos) o 1-800-969-4357 (jóvenes).

Al firmar este formulario, además presto mi consentimiento a lo siguiente:

1. Comprendo que solo debería comunicarme a través de una computadora, teléfono u otro dispositivo que considere seguro.
2. Al utilizar tecnología, es importante tomar consciencia de que familiares, amigos, compañeros de trabajo, empleados o hackers pueden tener acceso a cualquier dispositivo tecnológico o aplicaciones usados por mí.
3. Soy consciente de que toda información ingresada en una computadora de un empleador puede ser considerada propiedad del empleador, y por lo tanto mi privacidad se puede ver comprometida.
4. Entiendo que soy responsable de revisar los términos de privacidad y formularios de consentimiento de las aplicaciones o tecnología utilizados.
5. Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de información relacionada con la atención médica también aplican a la telesalud, y la información obtenida en el uso de servicios de telesalud que identifica a mi hijo y/o a mí solamente será divulgada a otras entidades en forma consistente con estas leyes.
6. Comprendo que tengo derecho a acceder a e inspeccionar la información obtenida en el curso de la interacción de telesalud, y podré recibir copias de esta información de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad de *Children & Families First*.
7. Comprendo las alternativas a la prestación de servicios por telesalud ya que me las han explicado, y al escoger participar de los servicios de telesalud presto mi consentimiento a participar utilizando videoconferencia y/o tecnología telefónica. Asimismo, acepto que cuando yo lo solicite o cuando lo instruya el profesional, puedo ser derivado a servicios "cara-a-cara".
8. Comprendo que se podrá compartir mi información sanitaria con otras personas a los efectos de la reprogramación, facturación y tratamientos.
9. Comprendo que tengo derecho a mantener o retirar mi consentimiento al uso de los servicios de telesalud en cualquier momento mientras se me brinda atención a mí o a mi hijo/a, sin afectar mi derecho o el de mi hijo/a a recibir atención o tratamientos en el futuro.

Consentimiento del Cliente al Uso de Telesalud

Yo, _____, leí y comprendo la información proporcionada en relación con la telesalud, he conversado con el prestador de los servicios o asistentes designados, y me respondieron en forma satisfactoria todas las preguntas formuladas. Por el presente presto mi consentimiento informado al uso de los servicios de telesalud.

Al estampar mi firma a continuación, por el presente declaro que leí, comprendo y doy mi consentimiento a los términos de este documento.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Tutor (si el cliente tiene menos de 18 años)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha