

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS PSICOLÓGICOS VIRTUALES

Antes de comenzar con los servicios de videoconferencia, conversamos y acordamos lo siguiente:

- A diferencia de las sesiones en persona, las videoconferencias tienen posibles beneficios y riesgos (p. ej., confidencialidad limitada del paciente).
- La confidencialidad también se aplica a los servicios de telepsicología, por lo que nadie grabará la sesión sin el permiso de la(s) otra(s) persona(s).
- Acordamos utilizar la plataforma de videoconferencias seleccionada para nuestras sesiones virtuales, y el proveedor le explicará cómo hacerlo.
- Debe utilizar una cámara web o un teléfono inteligente durante la sesión.
- Es importante que se encuentre en un lugar tranquilo, privado y sin distracciones (como el teléfono celular u otros dispositivos) durante la sesión.
- Es importante que cuente con una conexión a Internet segura, no una conexión wifi pública/gratuita.
- Es importante que sea puntual. En el caso de que tenga que cancelar o cambiar su cita virtual, avise al psicólogo con anticipación por teléfono o por correo electrónico.
- Debemos contar con un plan de respaldo (p. ej., un número de teléfono donde ubicarlo) para reiniciar la sesión o reprogramarla en caso de que surjan problemas técnicos.
- Debemos contar con un plan de seguridad que incluya al menos un contacto de emergencia y la sala de emergencias más cercana a su ubicación, por si se produce una situación de crisis.
- Si no es adulto, necesitamos el permiso de su padre, madre o tutor legal (y la información de contacto), para que participe en las sesiones de telepsicología.
- Debe confirmar con su seguro médico el reembolso de las sesiones de video; en el caso de que no se las reembolsen, usted será responsable del pago total.
- Como proveedor, podemos determinar que, por determinadas circunstancias, la cita virtual ya no es adecuada y que se deben reanudar las sesiones en persona.

Nombre del paciente: _____

Paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____

Solo para recordatorios de citas
Consentimiento informado para el uso de mensajería de texto y correo electrónico
Acuerdo y exención de responsabilidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 le permite solicitar que las comunicaciones que incluyan información sobre su salud mental se realicen a través de métodos alternativos. Spring River Mental Health & Wellness (SRMHW) ofrece servicios automáticos de mensajería de texto y correo electrónico para recordatorios de citas. Si desea recibir un recordatorio por mensaje de texto o correo electrónico debe proporcionar un número de teléfono celular o su dirección de correo electrónico y firmar este consentimiento.

Comprendo que soy responsable de notificar a SRMHW cualquier cambio de número de teléfono celular, dirección de correo electrónico o si ya no deseo que me recuerden las citas por mensaje de texto o correo electrónico. Además, acepto no responsabilizar a SRMHW si se viola mi confidencialidad debido al uso de esta forma de comunicación. También comprendo que, si no puedo cancelar mi cita tal como se indica en la Política de Asistencia de Clientes de SRMHW, es posible que igual me envíen un recordatorio.

Además, comprendo que, al firmar este formulario, ya no recibiré recordatorios telefónicos a menos que lo solicite específicamente.

Por medio del presente, autorizo que SRMHW me notifique las citas programadas mediante el siguiente formulario de comunicación aceptable (Seleccione una opción)

Recordatorio por mensaje de texto

Recordatorio por correo electrónico

Número de teléfono celular en el que desea recibir mensajes: _____

O bien,

Dirección de correo electrónico en la que desea recibir mensajes: _____

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Todas mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Firma del cliente/padre/madre/tutor

Fecha

Nombre del cliente (en imprenta)

Número de identificación del cliente

Consentimiento informado para el uso de comunicación por mensajería de texto con el proveedor de servicios Acuerdo y exención de responsabilidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 le permite solicitar que las comunicaciones que incluyan información sobre su salud mental se realicen a través de métodos alternativos.

En algunos casos, es posible que los empleados de SRMHW lleven un teléfono celular para fines comerciales ya que trabajan en el campo, fuera de la oficina. SRMHW también ofrece comunicación por mensajería de texto con clientes, padres, madres o tutores para fines específicos exclusivamente. Estos casos incluyen:

- notificar al cliente que el empleado va a llegar tarde,
- acordar el horario y el lugar de recogida y vuelta,
- y confirmar los horarios de las citas.

La información que un cliente y un empleado de SRMHW NO deben enviarse por mensaje de texto incluye cualquier comunicación relacionada con la HIPAA, por ejemplo, diagnóstico, medicación, tratamiento, etc.

La mensajería de texto presenta una serie de posibles riesgos que los clientes, padres, madres o tutores deben tener en cuenta antes de enviar mensajes. Si al cliente, al padre, a la madre o al tutor le preocupa que otras personas vean la información, o si el cliente tiene un problema urgente, deben ponerse en contacto con la oficina local de SRMHW durante el horario de atención normal. En el caso de que surja una necesidad urgente fuera del horario de atención, el cliente debe comunicarse con la línea de emergencia fuera del horario de atención o con las autoridades locales.

El uso de mensajería de texto presenta, entre otros, los siguientes riesgos:

- Los mensajes de texto pueden enviarse a otras personas.
- Los mensajes de texto pueden ser enviados o recibidos por muchos destinatarios, algunos de los cuales o todos o todos haber recibido el mensaje accidentalmente.
- Los remitentes de los mensajes de texto pueden enviar su mensaje fácilmente a una dirección equivocada; es más fácil cambiar la información de los mensajes de texto que la de los documentos manuscritos o con firma.
- La información de los mensajes de texto puede conservarse en un dispositivo electrónico incluso después de que el remitente o destinatario crea que ha eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar (almacenar) y revisar los mensajes de texto que se transmiten a través de sus sistemas. Algunos empleadores almacenan los mensajes de texto por tiempo indefinido.
- En algunos casos, los mensajes de texto pueden ser interceptados, modificados, reenviados o utilizados sin autorización o detección;
- Los mensajes de texto pueden utilizarse para introducir virus en un sistema informático.
- Los mensajes de texto puede utilizarse como prueba ante un tribunal.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES POR MENSAJE DE TEXTO con el PROVEEDOR DE SERVICIOS:

Reconozco que leí y entiendo plenamente la información que SRMHW me ha proporcionado con respecto a los riesgos que conlleva el uso de mensajería de texto. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por mensaje de texto entre SRMHW y yo, y acepto las condiciones descritas. Además, acepto las instrucciones anteriores y cualquier otra instrucción que SRMHW pueda imponer con respecto a las comunicaciones por mensaje de texto.

Deseo participar en el envío/recepción de mensajes de texto y acepto NO utilizar información de la HIPPA con los empleados de SRMHW: Sí No

Número de teléfono celular para mensajería de texto: _____

Si selecciono Sí: comprendo que debo presentar una solicitud por escrito a SRMHW para que revoque dicho consentimiento en el caso de que ya no desee participar en mensajería de texto con un empleado de SRMHW.

Si selecciono Sí: deseo recibir mensajes de texto de un empleado de SRMHW; comprendo que este número NO responde fuera del horario de atención ni los fines de semana, y que en ningún caso se debe utilizar para asuntos urgentes o crisis de salud mental. Si tiene una necesidad urgente o crítica debe comunicarse con la oficina local de SRMHW en la que suele recibir los servicios (Riverton: 620-848-2300 y Columbus: 620-429-1860) o, si es fuera del horario de atención, llame al 866-634-2301.

Firma del cliente/padre/madre/tutor

Fecha

Nombre del cliente (en imprenta)

Número de identificación del cliente