

AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE
SERVICIOS DE SALUD MENTAL/CONDUCTUAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

Consentimiento Informado General Para Telesalud y Servicios de Telefonía

De acuerdo con la legislación vigente, se me ha explicado lo siguiente: la naturaleza y el propósito de la evaluación propuesta, la naturaleza de la psicoterapia, las terapias alternativas y otros métodos de tratamiento, incluida la alternativa de no tratamiento, y entiendo los riesgos involucrados. Doy mi consentimiento y autorizo los siguientes servicios necesarios para mi salud y bienestar:

1. Evaluación
2. Asesoramiento o Terapia
3. Educación o Terapia de Grupo (si corresponde y se considera apropiado)
4. Soporte de medicamentos
5. Gestión de casos (por ejemplo, referencias, vinculación, consultas)
6. Monitoreo de detección de sustancias y otros medicamentos que afectan mi salud y bienestar

Entiendo que los servicios anteriores pueden prestarse a mí por teléfono y/o telesalud, y según lo considere apropiado mi proveedor cuando estoy buscando servicios.

Telesalud implica el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas para interactuar conmigo, consultar con mi proveedor de atención médica y/o revisar mi información médica/de salud mental/conductual con el propósito de diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. Durante mi evaluación de telesalud y/o teléfono (telefónica), los detalles de mi historial médico y de salud conductual e información de salud personal pueden ser discutidos conmigo y/u otros profesionales de la salud a través del uso de tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones.

El riesgo potencial de telesalud y servicios de telefonía es que podría haber un fallo parcial o completo del equipo que se está utilizando que podría resultar en la incapacidad del personal de salud conductual para completar la evaluación, los servicios de salud conductual y/o el proceso de prescripción. Otro riesgo potencial de telesalud y servicios de telefonía podría ser que debido a mi condición específica de salud conductual, o debido a problemas técnicos, una consulta cara-a-cara todavía puede ser necesaria después de la cita de telesalud y/o telefónica. Además, en raras circunstancias, los protocolos de seguridad podrían fallar causando una violación de la privacidad. La alternativa a la telesalud y los servicios de telefonía sería una cita en persona.

Tengo la opción de retener el consentimiento en este momento o retirar este consentimiento en cualquier momento, incluso en cualquier momento durante una sesión, sin afectar el derecho a la atención futura, tratamiento, o el riesgo de la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa a los que de otro modo tendría derecho. Entiendo que tengo la opción de solicitar servicios en persona si lo prefiero.

Entiendo lo siguiente con respecto a la participación en servicios de telesalud y telefonía:

- No se mantiene ninguna grabación permanente de vídeo o voz de las sesiones de servicios de telesalud y telefonía.
- Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y de California se aplican a la información utilizada o divulgada durante los servicios de telesalud y telefonía
- Entiendo que tengo derecho a todas las protecciones de confidencialidad, ya sean que los servicios

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

- se me entreguen en persona, por teléfono o telesanitaria
- Entiendo que tengo derecho a acceder y copias de toda la información médica/de salud mental transmitida.
 - No habrá difusión de imágenes o información a otras entidades sin más consentimiento por escrito y una Autorización para divulgar (ATD) Información médica protegida (PHI).
 - Entiendo que soy totalmente responsable de cualquier costo, incluyendo cargos por exceso en mi teléfono y / o plan de datos asociado con la recepción de servicios de telesalud y / o telefonía.

Entiendo que la aceptación y participación en los servicios de telesalud y telefonía es voluntaria y no se considerará un requisito previo para el acceso a otros servicios comunitarios.

Si soy beneficiario de Medi-Cal (Orange MHP y/o DMC-ODS), entiendo que conservo el derecho de solicitar otros servicios reembolsables de Medi-Cal, Short Doyle/Medi-Cal o Especialidad Salud Mental (Specialty Mental Health) y tengo el derecho de solicitar un cambio de proveedor, persona del personal, terapeuta y/o administrador de casos.

Es posible que me contacten después de que mi participación en el programa haya terminado para evaluar mi progreso y condición. Entiendo que puedo optar por no responder a ninguna pregunta en ese momento si no deseo hacerlo.

Estoy satisfecho de haber recibido toda la información que necesito para tomar una decisión informada sobre la telesalud y los servicios de telefonía. Se me han explicado los riesgos, beneficios y consecuencias de la telesalud y los servicios de telefonía. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido respondidas. Certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior y recibiré una copia de este formulario de consentimiento. En una situación de emergencia, se me proporcionará una copia de este consentimiento tan pronto como sea posible, por correo, o en persona.

Nombre del Beneficiario/Participante

Firma del Beneficiario/Participante

Fecha

Nombre del Parte Responsable/Representante
del Beneficiario/Participante

Relación al Beneficiario

Firma del Parte Responsable/ Representante
del Beneficiario/Participante

Fecha

Firm del Proveedor / Testigo

Fecha

Este formulario fue traducido al Beneficiario/ Por
Nombre del Parte Responsable por Traducción

Idioma Traducido