

C2 Counseling

Consentimiento Informado para Servicios de Telesalud

Definición de telesalud: la telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los clínicos de C2 Counseling conectarse con personas que utilizan comunicaciones de video y audio interactivas en vivo o medios telefónicos. La telesalud incluye la práctica de la atención psicológica de la salud, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la derivación a recursos, la educación y la transferencia de datos médicos y clínicos.

Entiendo que tengo los derechos con respecto a la telesalud:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal que ya he firmado también se aplican a la telesalud. Se puede proporcionar una copia de las políticas de nuestra oficina y el consentimiento informado terapéutico.
2. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal podría verse afectada o distorsionada por fallas técnicas. C2 Counseling utiliza un software de transmisión de audio / video seguro y encriptado que cumple con HIPAA para brindar telesalud a través de ReGroup.
4. Los consejeros de C2 siguen las Regulaciones del estado de Texas para la telesalud, así como sus respectivas regulaciones de la junta (ACA) y ética. También han recibido capacitación para proporcionar servicios de telesalud.
5. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área inmediata.

Pago por servicios de telesalud:

Se aplicaría el copago estándar y / o deducibles. En el caso de que el seguro no cubra la telesalud, es posible que desee pagar de su bolsillo o cuando no hay cobertura de seguro. Podemos proporcionarle una declaración de servicio para enviar a su compañía de seguros.

Consentimiento del paciente para el uso de telesalud:

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento.

Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de los servicios de telesalud para el tratamiento en los términos descritos en este documento. Con mi firma a continuación, declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

La versión anterior se proporciona en nombre de (nombre del menor)
_____, porque el cliente es menor de edad.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma del cliente / Fecha _____

Nombre del consejero _____

Firma / fecha del consejero _____