

MISSION COURT CHILD AND FAMILY COUNSELING

EVELYN CRUZ, M.A., AMFT #113651

Supervised by Mary E Rodela, LMFT 42699

13033 E. Penn St, Suite 800, Whittier, CA. 90602

(714) 604 2790, (657) 529-0523

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE TELEMEDICINA

Yo _____ [nombre del paciente] por este medio estoy aceptando involucrarme en telemedicina con EVELYN CRUZ, AMFT como parte de mi psicoterapia. Tengo entendido que "telemedicina" incluye la práctica de prestación de cuidados de la salud, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación mediante el uso interactivo de audio, video o comunicaciones de datos. Tengo entendido que telemedicina también involucra la comunicación de mi información mental/médica, ambos oral y visual, a los especialistas de cuidados de la salud localizados en California o fuera de California.

Tengo entendido que tengo los siguientes derechos con relación a telemedicina:

(1) Tengo el derecho de denegar o retirar la aceptación en cualquier momento sin afectar mi derecho para tratamiento o cuidado en el futuro, así como tampoco arriesgar la pérdida ni el retiro de ningún beneficio de programas a los cuales de otra manera tendría derecho.

(2) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a telemedicina. Como tal, tengo entendido que la información que revele durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, existen ambas excepciones, obligatorias y permisivas, para la confidencialidad, incluyendo, pero no limitado a reportar abusos de niños, ancianos y adultos dependiente; amenazas expresas de violencia hacia una víctima determinable; y donde hago mi estado mental o emocional un asunto en un acto jurídico.

También tengo entendido que la diseminación de cualquier imagen identificable personalmente o información acerca de la interacción de telemedicina hacia investigadores u otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento escrito.

(3) Tengo entendido que hay riesgos y consecuencias derivadas de telemedicina, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de parte de mi psicoterapeuta, que: la transmisión de mi información médica podría ser desorganizada o distorsionada debido a fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o la memoria electrónica de mi información médica podría ser obtenida por personas no autorizadas que logren acceso a dicha información.

Además, tengo entendido que los servicios y cuidados basados en telemedicina podrían no ser tan completos como los servicios frente a frente. También tengo entendido que si mi psicoterapeuta cree que yo estaría mejor servido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, los servicios frente a frente) seré referido a un psicoterapeuta que pueda proveer tales servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, mi condición podría no mejorar y en algunos casos incluso podría empeorar.

(4) Tengo entendido que puedo sacar provecho de telemedicina, pero que los resultados no pueden ser garantizados ni asegurados.

(5) Tengo entendido que tengo derecho a tener acceso a mi información médica y las copias de mis registros médicos, de conformidad con la ley de California.

He leído y comprendo la información provista arriba. He platicado con mi psicoterapeuta y todas mis preguntas han sido contestadas para mi satisfacción.

Firma del paciente/padre/tutor/albacea

Si es firmado por alguien diferente al paciente indique el parentesco

Fecha

Firma del psicoterapeuta