

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 #113651 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) será 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