



Fullerton

Huntington Beach

Murrieta

92835 CONTRATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA

Yo _____ [*nombre del cliente*] por el presente doy mi consentimiento para participar en telemedicina con CAV Family Therapy, Inc. como parte de mi terapia. Entiendo que la "telemedicina" incluye la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la telemedicina también involucra la comunicación de mi información médica/de salud mental, tanto oral como visualmente, a profesionales de la salud ubicados en California o fuera de California.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina:

1. atención o tratamiento futuros ni correr el riesgo de perder o retirar cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad. Me referiré al Contrato de consentimiento informado para obtener detalles sobre la confidencialidad. También entiendo que la difusión de cualquier imagen de identificación personal o información de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telemedicina, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi otro terapeuta, de que: la transmisión de mi información médica puede verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi terapeuta cree que estaría mejor atendido por otra forma de servicios terapéuticos (p. ej., servicios cara a cara), seré remitido a un terapeuta que pueda brindar dichos servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de terapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi terapeuta, es posible que mi condición no mejore y, en algunos casos, incluso empeore



4. Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina, pero que los resultados no se pueden garantizar ni asegurar.
5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de registros médicos de acuerdo con la ley de California.

_____ Firma del cliente _____
Fecha

_____ Firma del cónyuge del cliente _____
Fecha

_____ Nombre y firma del terapeuta _____
Fecha

