

Gloria M. Paz

Licencia MFC 36754

415-235-5747

Correo: psicologagmpaz@gmail.com

## Consentimiento de teleterapia

**Bienvenido a mi práctica.** Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y políticas comerciales y cómo pueden afectarlo. Por favor, lea atentamente y tome nota de cualquier pregunta que desee discutir conmigo. Una vez que firme este documento, se convertirá en un acuerdo vinculante entre nosotros y también proporcionará su consentimiento para que comencemos la terapia.

Este formulario está diseñado para permitirle dar su consentimiento informado para el uso de tecnología de video para terapia en línea. Léalo detenidamente para comprenderlo y asegúrese de que se respondan todas sus preguntas antes de firmar para dar su consentimiento. Esto debe usarse junto con, pero no reemplaza, el documento de consentimiento informado que se requiere de todos los clientes antes de comenzar los servicios de terapia.

Entiendo que la terapia realizada en línea es de naturaleza técnica y que ocasionalmente pueden ocurrir problemas con la conectividad a Internet. Las dificultades con el hardware, software, equipo y / o servicios proporcionados por un tercero pueden resultar en interrupciones del servicio. Cualquier problema con la disponibilidad o conectividad de Internet está fuera del control del terapeuta y el terapeuta no garantiza que dichos servicios estarán disponibles o funcionarán como se espera.

Si algo ocurre para prevenir o interrumpir una cita programada debido a complicaciones técnicas y la sesión no se puede completar a través de una videoconferencia en línea, acepto llamar a mi terapeuta al número que tengo actualmente.

### **ACEPTO ASUMIR LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE LA SEGURIDAD DE CUALQUIER COMUNICACIÓN O TRATAMIENTO EN MI PROPIA COMPUTADORA Y EN MI PROPIA UBICACIÓN FÍSICA.**

Entiendo que soy el único responsable de mantener la estricta confidencialidad de mi identificación de usuario y contraseña y no permitir que otra persona use mi identificación de usuario para acceder a los Servicios. También entiendo que soy responsable de usar esta tecnología en un lugar seguro y privado para que otros no puedan escuchar mi conversación.

Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea y que toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden revelar a nadie sin mi permiso por escrito, excepto cuando la divulgación sea requerida por ley.

Consentimiento para el tratamiento: Acepto voluntariamente recibir servicios de terapia en línea para una evaluación, atención continua, tratamiento u otros servicios y autorizo a mi terapeuta a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Entiendo y acepto que participaré en la planificación de mi atención, tratamiento o servicios y que puedo retirar el consentimiento para dicha atención, tratamiento o servicios que reciba a través de mi terapeuta en cualquier momento.

### **AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (ROI)**

Para brindarle la mejor atención posible, compartiré información y me comunicaré con sus otros proveedores de atención médica.

También nos gustaría su permiso para hablar con personas de apoyo importantes en su vida, como miembros de la familia, trabajadores, oficiales de libertad condicional, servicios sociales y otras agencias involucradas en su tratamiento.

¿Quiénes son las personas con las que debemos compartir información para mejorar su atención?

¿Está de acuerdo con que hable y comparta su información con?

Solo compartiré la cantidad mínima de información necesaria relacionada con su atención. ¿Tiene alguna limitación de la que le gustaría hablar conmigo?

A menos que se revoque el consentimiento, esta autorización estará vigente hasta la fecha que elijamos para finalizar el consentimiento (puede ser de 1 a 10 años) o hasta el momento del alta de mis Servicios, Servicios de recuperación y salud conductual, lo que ocurra primero.

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEALUD (requerido para todos los clientes que participan en telesalud)**

Es posible que en ocasiones le brinde servicios mediante el uso de equipos de videoconferencia. Cuando hagamos esto, podrá verme y escucharme y yo podré verlo y escucharlo, como si estuviéramos en la misma habitación. ¿Está de acuerdo con participar en los servicios por video y / o teléfono cuando sea apropiado? Telesalud puede mejorar su acceso a la atención al permitirle estar en un lugar diferente al mío.

No es necesario que participe en el video si se siente incómodo y, en su lugar, puede programar una sesión telefónica. Se están utilizando medidas de seguridad para garantizar que la videoconferencia sea segura y ninguna parte del encuentro se grabará sin su consentimiento. Tiene derecho a retirar su consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Las leyes que protegen su privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud.

### **Convenio**

Al firmar este Consentimiento informado, yo, el cliente abajo firmante, reconozco que he leído y entendido todos los términos e información aquí contenidos. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me quede clara. He leído esta información completa y completamente, he analizado cualquier pregunta que tenía sobre la información y la entiendo. Reconozco que es mi elección participar en mi psicoterapia (o que mi hijo participe). Me doy cuenta de que el resultado de la terapia depende de mi inversión personal en el proceso de la terapia. Me he familiarizado con los honorarios por cargos proporcionados por Gloria M. Paz LMFT, y

entiendo y acepto que los servicios terapéuticos prestados se cobrarán a mí y no a ningún tercero pagador. Reconozco la responsabilidad del pago de estos servicios.

Complete el siguiente formulario para completar su firma electrónica:

Gloria M. Paz.com

Nombre:

---

Gloria M. Paz Informed Consentimiento

Apellido:

---