**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD**

Ates de participar en los servicios de Telesaud (por este medio, Teleterapia) en Auxilium Mental Health (Justin LaPilusa, Psicólogo clínico, Inc.), lea la siguiente guía del consentimiento informado. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar antes de firmar este documento.

**Teleterapia**

* La Teleterapia es la prestación de servicios que utilizan tecnologías interactivas entre un cliente y un terapeuta que no están en la misma ubicación física.
* La Teleterapia es una práctica de salud bien establecida. Sin embargo, existen riesgos que difieren de las sesiones en persona. Si bien se hace todo lo posible para proteger su privacidad, estos riesgos incluyen, entre otros, violaciones de la confidencialidad, divulgación de información personal e interrupción de los servicios debido a dificultades técnicas.
* Auxilium Mental Health utiliza ambas tecnología telefónica y tecnología Zoom, un servicio de videoconferencia y conferencia telefónica compatible con HIPPA, para proporcionar servicios de Teleterapia. Se proporcionará un enlace seguro para los servicios de Teleterapia, y lo ayudaremos a comprender cómo utilizar este programa.
* Las sesiones se facturarán de acuerdo con el acuerdo de la tarifa original. Aún pueden aplicarse cargos por cancelación tardía, dependiendo del caso individual y las circunstancias.
* Los servicios de Teleterapia se pueden rechazar en cualquier momento, al igual que una sesión en persona.
* La confidencialidad aún aplica a los servicios de telepsicología. Consulte el documento de consentimiento informado firmado originalmente para una revisión de todos los límites de la confidencialidad. Toda la información proporcionada en el documento de consentimiento informado original aún aplica.
* Nadie grabará la sesión sin el permiso de la (s) otra (s) persona (s).

**Las Responsabilidades del Terapista**

* Llevaremos a cabo su sesión desde un espacio privado y confidencial. Si en algún momento el espacio de Telesalud ya no se considera privado, trabajaremos con usted para finalizar la sesión adecuadamente.
* Si los problemas tecnológicos interrumpen la terapia, se le contactará por teléfono o correo electrónico para continuar la sesión o reprogramar la sesión utilizando un plan acordado.
* Continuaremos programando citas regulares y manteniendo registros de sus sesiones.
* Continuaremos evaluando la conveniencia de recibir servicios de Telesalud según lo acordado en este documento de consentimiento informado. Si es necesario, ofreceremos modificar el plan o proporcionar referencias según sea necesario si se considera que los servicios de Telesalud ya no son apropiados para su atención o seguridad. Además, podemos determinar que, debido a ciertas circunstancias, la Teleterapia ya no es adecuada para su atención y que debemos reanudar nuestras sesiones en persona.

**Las Responsabilidades del Cliente**

* + - Acepto participar en la Teleterapia. También acepto utilizar la plataforma telefónica o de videoconferencia seleccionada y acordada para nuestras sesiones de Teleterapia.
    - Estoy de acuerdo en hacer los esfuerzos para tener el acceso necesario a la tecnología necesaria para participar en los servicios prestados. Esto puede incluir, entre otros, un teléfono, computadora, conexión a Internet y/o software de Zoom (Zoom requiere una descarga gratuita).
    - Estoy de acuerdo en conectarme con mi terapeuta desde un espacio tranquilo, privado y confidencial que esté libre de distracciones (incluyendo teléfonos celulares u otros dispositivos) durante la sesión. Entiendo que no puedo recibir terapia cuando estoy en un lugar público donde las personas pueden escuchar o ver mi sesión de terapia.
    - Entiendo que es importante usar una conexión a Internet segura en lugar de una conexión Wifi pública o gratuita.
    - Estoy de acuerdo en informarle a mi terapeuta si surge la necesidad de servicios en persona o si necesito recursos adicionales o referencias.
    - En caso de emergencia, me comunicaré con el 911 o utilizaré otro servicio disponible para mí. Esto incluye, entre otros, los servicios recomendados por mi terapeuta. Si no es seguro, necesitamos un plan de seguridad que incluya al menos un contacto de emergencia y la sala de emergencias más cercana a su ubicación, en caso de una situación de crisis.
    - Si usted no es un adulto, necesitamos el permiso de sus padres o tutor legal (y su información de contacto) para que pueda participar en las sesiones de telepsicología.

**Firma y Consentimiento**: Este documento no reemplaza otros acuerdos o consentimientos establecidos como parte de mi tratamiento o el proceso de consentimiento informado. Entiendo los riesgos inherentes a la tecnología interactiva. Mi firma indica el reconocimiento de estos riesgos y libera al terapeuta, Auxilium Mental Health (Justin LaPilusa, Psicólogo Clínico, Inc.) y sus asociados, de cualquier responsabilidad asociada con las tecnologías interactivas.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_