

Formulario de consentimiento de los servicios de teleterapia

Nombre del niño: _____

Hemos recibido un permiso especial de la Tri-alliance para proporcionar servicios de Teleterapia a nuestros clientes durante la pandemia COVID-19 (coronavirus). Esto significa que podremos seguir viendo a su hijo para sus sesiones de terapia, a través de "video chat" sólo hasta que la pandemia haya disminuido. Si desea que continuemos con las sesiones de su hijo durante este tiempo, revise la información a continuación y dé su consentimiento.

Consentimiento informado para los servicios de teleterapia

- Entiendo que la teleterapia es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica utilizado para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un lugar o sitio diferente al que yo soy.
- Entiendo que la visita de teleterapia se realizará a través de un enlace de vídeo bidireccional. El terapeuta podrá ver mi imagen en la pantalla y escuchar mi voz. Seré capaz de escuchar y ver al terapeuta.
- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica incluyendo (HIPPA) también se aplican a la teleterapia.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de teleterapia.
- Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la teleterapia en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin tener que hacer frente a mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
- Entiendo que al firmar este formulario estoy consintiendo recibir servicios de terapia a través de la teleterapia.

Firma del Padre/Tutor:

Nombre impreso: _____

Fecha de firma: _____