

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR MEDIO DE TECNOLOGÍA

Comprendo que:

1. Tengo la opción de rehusar mi consentimiento en este momento o cancelarlo en cualquier momento, incluso en cualquier momento durante una sesión, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamientos en el futuro, ni arriesgarme a perder ningún beneficio del programa al que tenga derecho.
2. Un beneficio posible de los servicios de salud mental por medio de tecnología es que podré conversar hoy mismo con el personal de salud mental desde este lugar para que evalúen mis necesidades. De ser apropiado, podré recibir hoy mismo servicios de salud mental, comenzar a tomar una medicación o seguir tomando mis medicamentos sin interrupciones.
3. Un riesgo posible de los servicios de salud mental por medio de tecnología es que haya una falla total o parcial del equipo que haga que el personal de salud mental no pueda terminar la evaluación, los servicios de salud mental y/o la prescripción de medicamentos.
4. Los registros de imagen o voz de la sesión de servicios de salud mental por medio de tecnología no se conservan.
5. Se aplican todas las normas de protección de la privacidad.
6. Se cumplen todas las leyes sobre el acceso de los clientes a información de la salud mental y copias de los registros de salud mental.
7. Sin el consentimiento del cliente, no se comunicarán a investigadores ni otras instituciones imágenes o información de los servicios de salud mental por medio de tecnología que permitan identificar al cliente.

Yo, _____, acepto recibir servicios de salud mental por medio de tecnología cuando el personal de salud mental más apropiado para mis necesidades no esté disponible. Mi proveedor de servicios de salud mental me ha explicado la información que antecede. He tenido oportunidad de formular preguntas sobre esta información y se les dio respuesta a todas mis preguntas. Comprendo la información escrita que antecede.

_____	_____	_____
Firma del cliente*		Fecha
_____	_____	_____
Firma del adulto responsable**	Relación con el cliente	Fecha
_____	_____	_____
Firma del testigo/intérprete ***		Fecha

Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente el presente Consentimiento a [idioma] _____. Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente Consentimiento, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

El firmante recibió se rehusó a recibir una copia de este Consentimiento. Fecha: _____ Iniciales del empleado: ____

Esta sección debe ser completada por un empleado si el firmante es menor o el cliente y/o adulto responsable no firman.

- El cliente está dispuesto a aceptar los servicios de salud mental por medio de tecnología pero no a firmar este Consentimiento.
- He completado o dispuesto que se completara el formulario de Consentimiento para Menores para los clientes de 12 a 18 años que firmen el formulario sin autorización de su padre/tutor y confirmo que el cliente cumple todos los criterios de elegibilidad indicados en el formulario de Consentimiento para Menores para recibir medicación sin autorización de su representante legal.

_____	_____
Firma del empleado	Fecha

* Cuando un menor reciba servicios con su propia firma, debe haber un Consentimiento para Menores firmado en su historia clínica.
 ** Adulto responsable = Tutor, curador o padre del menor (cuando sea requerido).
 *** Testigo/Intérprete = Persona que es testigo de la firma del formulario (puede ser un empleado u otra persona) o persona que tradujo verbalmente este formulario a otro idioma (se debe incluir el idioma al que se tradujo).

Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.

Nombre:	Servicio N°
Agencia:	Proveedor N°

Condado de Los Angeles – Departamento de Salud Mental
Los Angeles County – Department of Mental Health

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR MEDIO DE TECNOLOGÍA

Información sobre los Servicios de Salud Mental por Medio de Tecnología

¿Que son los servicios de salud mental por medio de tecnología y cuándo se utilizan?

Los servicios de salud mental por medio de tecnología se utilizan cuando el personal de salud mental no puede estar físicamente con el cliente para evaluar sus necesidades de salud mental y, si es apropiado, recetar medicamentos. El personal de salud mental puede estar en otro lugar, pero disponible para consultas a través de nuevas tecnologías. En lugar de hablar por teléfono, los servicios de salud mental por medio de tecnología utilizan una cámara de video y una computadora para transmitir mensajes de audio e imágenes personales, de modo que el cliente y el personal de salud mental no solo podrán conversar sino también verse mutuamente. Esto le permitirá al personal de salud mental evaluar mejor las necesidades del cliente.

¿Cómo funcionan los servicios de salud mental por medio de tecnología?

El cliente estará en un cuarto privado solo, con un amigo o familiar, o con un miembro del personal. El cuarto tendrá una computadora con una cámara de video. El personal de salud mental también estará en un cuarto privado, con el mismo equipo, pero en otro lugar. Cuando comience la sesión, el personal clínico encenderá la computadora y la cámara para que el cliente y el personal de salud mental puedan platicar y verse mutuamente. Cuando termine la sesión, el personal clínico apagará el equipo.

¿En qué se diferencian los servicios de salud mental por medio de tecnología de las sesiones tradicionales con personal de salud mental?

Aparte de que el cliente y el personal de salud mental no van a estar juntos en el mismo cuarto, hay muy pocas diferencias. El personal de salud mental solicitará información acerca del cliente y documentará misma información, enviará las recetas a la farmacia para que el cliente las recoja si le recetan medicamentos, documentará los servicios que se le presten y se asegurará de que la documentación se incluya en el historial clínico del cliente como referencia para el futuro.

¿Qué sucederá si no acepto recibir servicios de salud mental por medio de tecnología?

Si no acepta recibir servicios de salud mental por medio de tecnología, no podremos prestarle servicios convenientes y fácilmente accesibles, y sus servicios se programarán para una fecha posterior y/o un lugar diferente.

Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.

Nombre: Servicio N°

Agencia: Proveedor N°

Condado de Los Angeles – Departamento de Salud Mental
Los Angeles County – Department of Mental Health