



ATLANTA AREA
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATES, P.C.

Formulario de consentimiento de servicios de telesalud

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

1. PROPÓSITO: El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telesalud en relación con servicios de terapia / asesoramiento de salud mental para pacientes ambulatorios durante el estado de emergencia COVID19.

2. INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS: Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se graban y almacenan. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable por el paciente para esta interacción de telesalud a investigadores u otras entidades no se realizará sin su consentimiento.

3. CONFIDENCIALIDAD: Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Georgia se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telesalud.

4. DERECHOS: Puede retener o retirar el consentimiento para la consulta de telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuro o arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.

5. DISPUTAS: Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telesalud se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.

6. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS: Usted comprende que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Usted comprende que su proveedor de atención médica o usted puede suspender la consulta de telesalud si considera que las conexiones de telesalud no son adecuadas para la situación.

Se le ha informado de todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la telesalud. Su profesional de la salud ha discutido con usted la información provista anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telesalud. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

Acepto participar en una consulta de telesalud para los procedimientos descritos anteriormente.

Fecha: _____ Firma: _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____