



ADENDA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SERVICIOS DE TERAPIA EN LINEA/TELEFONO
Servicios y Apoyos de Salud Mental de ESU#2 Team ACCESS

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.

Este debe usarse junto con el documento de Consentimiento Informado que se requiere de todos los clientes antes de comenzar los servicios de terapia, pero no lo reemplaza.

La terapia en línea o tele terapia se define como el uso de la tecnología para realizar una sesión de terapia. Team ACCESS utilizara una plataforma compatible con FERPA (como Zoom, Microsoft Teams or Simple Practices). Estas plataformas utilizan tecnología de video y audio a través de una cámara web en su dispositivo o un dispositivo escolar y un dispositivo Team ACCESS para conectar a las dos partes de forma segura. Cualquier dato almacenado fuera de la plataforma de telesalud (como documentos, mensajes o notas de progreso) cumple o supera todas las pautas de FERPA.

Los beneficios de la tele terapia incluyen la conveniencia de la ubicación, el tiempo, los tiempos de espera y la accesibilidad, lo que permite una mejor continuidad de la atención. Además, la tele terapia permite una mayor accesibilidad a los servicios para clientes con movilidad limitada o con falta de transporte.

Con toda la tecnología, también existen algunas limitaciones. Ocasionalmente la tecnología puede fallar antes o durante nuestra sesión. Los problemas pueden estar relacionados con la conectividad a internet, dificultades con el hardware, software, equipos y/o servicios suministrados por un tercero. Cualquier problema con la disponibilidad o conectividad de internet esta fuera del control del terapeuta y el terapeuta no garantiza que dichos servicios estén disponibles o funcionen como se espera. Si ocurre algo que impida o interrumpa cualquier cita programada debido a complicaciones técnicas y la sesión no se puede completar a través de video en línea, el terapeuta utilizara el chat de video durante la sesión para solucionar el problema o lo llamara nuevamente para completar la sesión.

En el contexto de las sesiones de telesalud realizadas en el entorno escolar, es esencial que el estudiante, el administrador o consejero escolar y el terapeuta establezcan un marco confidencial y seguro para la interacción terapéutica. Después de la conclusión de cada sesión, un funcionario escolar designado se comunicará con el estudiante para garantizar la comprensión y abordar cualquier apoyo de seguimiento necesario. Este proceso está diseñado para mantener la integridad de la experiencia terapéutica y al mismo tiempo garantizar que se priorice el bienestar del estudiante.

Por favor indique su:

Numero principal: _____

Numero alternativo aquí: _____

Si, por algún motivo, no podemos conectarnos y usted o su hijo menor se encuentran en una crisis inmediata o en una situación potencialmente mortal, obtenga asistencia de emergencia inmediata llamando al 911.

ACEPTO ASUMIR LA TOTAL RESPONSABILIDAD POR LA SEGURIDAD DE CUALQUIER COMUNICACIÓN O TRATAMIENTO EN EL DISPOSITIVO QUE SE UTILIZA PARA ESTOS SERVICIOS Y EN MI PROPIA UBICACIÓN FÍSICA.

Entiendo que soy el único responsable de mantener la estricta confidencialidad de la identificación de usuario, la contraseña y/o el enlace web y de no permitir que otra persona use la identificación de usuario para acceder a los servicios. También entiendo que soy responsable de garantizar el uso de esta tecnología en un lugar seguro y privado para que otros no puedan escuchar la conversación.

Para los cuidadores/tutores de clientes menores, confirmo que brindare a mi hijo/a menor la mayor privacidad posible, incluso el uso de auriculares y un espacio privado dentro del hogar para garantizar que solo el cliente pueda escuchar el contenido de la sesión. Si no hay auriculares disponibles, acepto permanecer en el hogar y brindarle privacidad a mi hijo/a mientras este en sesión.

Al comienzo de cada sesión, le proporcionare la dirección de mi ubicación física a los clínicos para garantizar que los profesionales de emergencia puedan ayudar si es necesario. Como tutor legal/cuidador de un cliente menor de edad, confirmo que permaneceré físicamente disponible para el cliente que recibe tratamiento.

Entiendo que los clínicos de Team ACCESS solo pueden brindar servicios en los estados en los que son supervisados por un profesional autorizado en dicho estado y doy fe de que, al acceder a los servicios, estaré físicamente en dicho estado durante la duración de la sesión.

Reconozco que ni yo ni el clínico realizaremos grabaciones de ninguna sesión en línea, excepto en los casos en que los estudiantes en prácticas requieran grabación de video con fines de supervisión educativa. Entiendo que toda la información compartida durante estas sesiones, así como cualquier registro escrito relacionado con ellas, se tratara como confidencial y no se divulgará a ningún tercero sin mi consentimiento explícito por escrito, excepto cuando la divulgación sea obligatoria por ley.

Además, reconozco que esta estrictamente prohibido el uso de grabaciones, capturas de pantalla o cualquier acción similar durante las sesiones. Participar en tales actividades puede resultar en la terminación de la relación cliente-terapeuta. Gracias por garantizar un ambiente terapéutico seguro y respetuoso.

Consentimiento para el Tratamiento

Acepto voluntariamente autorizar los servicios de terapia en línea para una evaluación, atención continua, tratamiento u otros servicios y autorizo a MHPP a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Entiendo y acepto que participare en la planificación de la atención, el tratamiento o los servicios y que se puede retirar el consentimiento para dicha atención, tratamiento o servicios que recibo a través de MHPP en cualquier momento. Entiendo que Team ACCESS determinara de manera continua si la condición que se está evaluando y/o tratando es apropiada para la terapia en línea.

Al firmar este Consentimiento, yo, el cliente abajo firmante y/o el representante legal del cliente, reconozco que he leído y comprendido todos los términos y la información contenida en este documento. Se me han ofrecido amplias oportunidades para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me quede clara.

Nombre del Cliente (Impreso)

Fecha de Nacimiento del Cliente

Firma del Padre, Tutor o Representante Legal
(si es menor o se necesita de otra manera)

Fecha

Firma del Clínico y los Estados Legalmente Capaces de Proporcionar Servicios en

Fecha

