



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Telehealth

Client Name _____ Client ID # _____

Consentimiento Para Telesalud

Fecha de vigencia/inicio _____

Por la presente acepto recibir servicios de telesalud de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y trastornos por uso de sustancias y acepto que este es un modo aceptable de brindarme servicios relacionados con la atención médica de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes declaraciones sobre telesalud:

- Los servicios de telesalud incluyen el uso de video teleconferencia para brindar servicios a un cliente a través de telecomunicaciones electrónicas interactivas de audio y video desde una ubicación distante. Los servicios de telesalud se consideran presenciales porque el cliente está presente visualmente. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
- Se me proporcionarán servicios de telesalud para fines de evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
- El proveedor tratante que realice el examen o tratamiento mantendrá un registro de la consulta en mi expediente médico electrónico.
- Toda la información discutida a través de telesalud se sujeta a los mismos estándares de privacidad que la de una cita en persona.
- Si por cualquier motivo siento que la telesalud no es un medio cómodo para llevar a cabo mis sesiones de tratamiento, tengo derecho a retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención, servicios o beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.
- Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la telesalud, que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Telehealth

Client Name _____ Client ID # _____

- Cuando uso mi propio dispositivo electrónico personal, la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control o autoridad sobre la protección de mi información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización escrita, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o exigida por la ley. Se puede permitir la grabación audiovisual con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones están destinadas únicamente a fines de capacitación del personal, no forman parte del registro médico y se destruyen después del uso previsto.
- Aunque es posible que mi proveedor necesite comunicarse con mi contacto de emergencia y/o las autoridades correspondientes en caso de una emergencia, entiendo que mi proveedor no podrá brindar asistencia de emergencia en persona si experimento una crisis durante una sesión de telesalud.
- Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos en persona. Entiendo que hay beneficios de transporte no médico y está disponibles para visitas en persona.

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Firma de Padre / Guardian _____

Fecha _____

Parentesco _____

Firma de Personal _____

Fecha _____