

**Límites de confidencialidad y  
Consentimiento para servicios de salud conductual**

- 1) Entiendo que mi consejero(a) puede ser un(a) estudiante o graduado(a) de MSW, MFT, o programa escolar equivalente que es supervisado(a) por un(a) consejero(a) licenciado(a) con Licencia de Trabajo Social Clínica (LCSW), Licencia en Terapia de Matrimonios y Familia (LMFT), o un(a) psicólogo(a) (PhD/PsyD) con licencia en psicología o alguna otra disciplina licenciada para psicoterapia. Una cita de evaluación puede ser realizada por un(a) consejero(a) con BSW o título equivalente.
- 2) Entiendo que las sesiones de consejería son confidenciales, a excepción de la información relacionada con sospecha o si se sabe de abuso infantil y/o descuido, o si se me considera un peligro para mí mismo o para los demás, momento en el cual pueden requerir un informe.
- 3) Todos los registros de los pacientes son de propiedad de East Valley Community Health Center y la información contenida en el mismo puede ser compartida con el equipo de asistencia médica para la continuidad y la integración del cuidado.
- 4) Entiendo que mis registros de paciente pueden ser obtenidos por otros profesionales, únicamente con mi autorización por escrito para otorgar esa información a otras agencias fuera de esta clínica.
- 5) Otros centros médicos y farmacias pueden obtener nuestros registros médicos sin consentimiento.
- 6) Cada sesión de asesoramiento individual es de 30 minutos en duración, aproximados.
- 7) El Departamento de Consejería **no llena formas o papeleo de SSI o de Incapacidad.**
- 8) Doy mi consentimiento para participar en telesalud como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la telesalud es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un médico y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Entiendo lo siguiente con respecto a la telesalud.
  - a) Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención, servicios o beneficios del programa en el futuro a los que de otro modo tendría derecho.
  - b) Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la telesalud que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y / o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y / o capacidad limitada para responder a emergencias.
  - c) Entiendo que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley.
  - d) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) también se aplican a la telesalud a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informe obligatorio de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para otros; Planteo la salud mental / emocional como un tema en un proceso legal).
  - e) Entiendo que si estoy teniendo pensamientos suicidas u homicidas, experimentando activamente síntomas psicóticos o experimentando una crisis de salud mental que no se puede resolver de manera remota, se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
  - f) Entiendo que durante una sesión de telesalud, podríamos encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos volver a conectarnos en diez minutos, llámame al para discutir, ya que es posible que tengamos que reprogramar.
  - g) Entiendo que mi terapeuta puede necesitar comunicarse con mi contacto de emergencia y / o las autoridades apropiadas en caso de una emergencia para responder a mi ubicación y dirección. Estoy de acuerdo en informar a mi terapeuta de mi ubicación actual y dirección al comienzo de cada sesión y permitir que mi terapeuta llame a la persona de abajo solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Esta persona será contactada para que vaya a mi ubicación y me lleve al hospital en caso de una emergencia. Proporcionaré mi ubicación y dirección previstas a continuación, pero confirmaré mi ubicación y dirección actuales en cada sesión.

Mi ubicación / dirección de telesalud prevista \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**He leído y comprendido lo antes mencionado. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento para recibir asesoramiento/servicios consejería en East Valley Community Health Center, Inc.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente  
o Representante del Paciente (Si no firma el paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación al Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**