



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA TECNOLOGÍA DE TELESALUD

Nombre del cliente: _____ #ID del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Usted ha pedido información sobre la tecnología de telesalud ("telesalud") para comunicarse con SummitStone Health Partners ("SummitStone") acerca de su atención y tratamiento. **La tecnología de telesalud puede incluir llamadas telefónicas, Zoom, u otras tecnologías de telecomunicación e información basadas en Internet con las que puede intercambiar su información médica y de salud mental con proveedores de SummitStone.** Es posible que la telesalud no sea clínicamente apropiada para todos los clientes, y SummitStone reserva el derecho a dejar de usar la telesalud en cualquier momento a la discreción de sus proveedores. **Antes de que SummitStone pueda aceptar comunicarse con usted por dicha de telesalud, debe leer y aceptar los términos y condiciones de este Formulario de Consentimiento del Cliente ("Consentimiento"):**

Riesgos:

Transmitir información médica y de salud mental mediante telesalud tiene riesgos que debe considerar detenidamente antes de usarla para comunicarse con nosotros o de aceptar que la usemos para comunicarnos con usted. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El potencial de una consulta o tratamiento de atención médica incompleto o menos eficaz.
- El posible fallo, interrupción o desconexión de la conexión audio/visual.
- La transmisión de una imagen de video que no es lo suficientemente clara para cubrir las necesidades de consulta o tratamiento a distancia.
- Otras personas, incluyendo gente en su casa, pueden oír por casualidad su consulta si no usa audífonos o asegura su privacidad de otras maneras.
- Hay un riesgo menor de acceso no autorizado a la información de consulta o tratamiento de atención médica en la conexión interactiva por manipulación electrónica o medios similares.

Condiciones:

SummitStone no es responsable de la revelación indebida de información confidencial que no se deba a una mala práctica de SummitStone. Antes de que SummitStone participe en comunicaciones por telesalud, usted debe reconocer y dar su consentimiento para las siguientes condiciones:

- Si usted lo solicita, SummitStone puede comunicarse con usted por telesalud para tratar temas como su diagnóstico, tratamiento, facturación, elegibilidad y otros procedimientos.
- Telesalud supone un riesgo mayor de revelar comunicaciones confidenciales (p. ej., comunicaciones sobre el estado de SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias), y usted entiende y acepta estos riesgos.
- Usted es responsable de proteger sus cuentas, contraseñas u otros medios de acceso a sus cuentas de telesalud. SummitStone no es responsable de las violaciones de confidencialidad en sus cuentas que usted o cualquier otro tercero causen.
- Usted entiende que la consulta o tratamiento por telesalud podría no ser igual que una visita en persona. Además, la ley aplicable podría exigir visitas iniciales y periódicas en persona durante toda la relación terapéutica, y usted acepta cumplir dichos requisitos/solicitudes de sus proveedores.
- Usted entiende que es posible que algunas compañías de seguros médicos no den cobertura para psicoterapia u otros servicios de salud mental. En estos casos, usted podría ser responsable del costo de los servicios de telesalud.
- Usted entiende que podría haber personas en el centro de SummitStone que podrían encontrarse incidentalmente con sus comunicaciones de telesalud con SummitStone. SummitStone protegerá la confidencialidad de sus comunicaciones lo mejor que pueda y cumplirá los estándares de privacidad y seguridad y otras garantías que se le exijan sobre su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés).
- Usted entiende que, si rechaza firmar este Consentimiento, no podrá recibir comunicaciones o servicios de atención médica por telesalud, pero que aun tiene derecho a buscar y obtener consultas en persona o tratamiento de su terapeuta u otros miembros del equipo de atención de SummitStone.
- Usted entiende que tiene derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento, con excepción de la información que ya se haya revelado conforme a este Consentimiento en el momento de la revocación. Si desea detener o limitar las comunicaciones de telesalud con SummitStone, usted es responsable de informar a SummitStone, por escrito, de dicho cambio de su consentimiento llenando la forma al final de este formulario.

Recomendaciones e instrucciones:

Si quiere enviar y recibir comunicaciones de telesalud con SummitStone sobre su atención y tratamiento, usted debe:

- limitar o evitar por completo el uso de computadoras y redes públicas para dichas comunicaciones con SummitStone;
- informar lo antes posible a SummitStone de los cambios en sus cuentas o direcciones de telesalud;



- asegurarse de que su conexión a Internet sea segura y de que esté en un área que ofrezca cierto grado de privacidad antes de participar en comunicaciones con SummitStone mediante de telesalud. SummitStone no es responsable de las nuevas revelaciones potenciales que resulten de una conexión a Internet que no es segura;
- tomar precauciones para mantener la confidencialidad de sus comunicaciones de telesalud con SummitStone.

Derechos del cliente relacionados con los servicios de telesalud:

- Tiene derecho a rechazar los servicios de atención médica mediante la telesalud en cualquier momento sin que esto afecte su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro y, si es miembro de Medicaid, sin arriesgarse a la pérdida o anulación de los beneficios del programa de Medicaid a los que de otra forma tendría derecho.
- Todas las protecciones de confidencialidad que exigen las leyes federales y de Colorado aplican a los servicios prestados por la telesalud.
- Usted tiene derecho a acceder a toda la información médica o de salud mental que resulte de su comunicación con SummitStone por la telesalud, según lo permite la ley aplicable relacionada con el acceso del cliente a sus registros médicos.
- Entiendo que mi médico confirmara mi ubicación al inicio de cada sesión.
- Entiendo que ninguna de mis consultas de telesalud será grabadas o fotografiadas y estoy de acuerdo de no hacer o permitir grabaciones de audio o video de cualquier porción de mis consultas.
- Entiendo que, si habrá una emergencia durante una consulta de telesalud, mi proveedor puede llamar a los servicios de emergencias y/o a mi persona de contacto en emergencia.
- Usted tiene derecho a rechazar los servicios de atención médica por la tecnología de telesalud en cualquier momento sin que esto afecte su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, y sin arriesgarse a la pérdida o anulación de los beneficios del programa de Medicaid a los que de otra forma tendría derecho.
- Usted tiene derecho a acceder a toda la información médica o de salud mental que resulte de su comunicación con SummitStone por la tecnología de telesalud, según lo permite la ley aplicable relacionada con el acceso del paciente a su expediente médico. [C. R. S. 2018, 25.5-5-320 (4)].
- Estos requisitos no serán aplicables en situaciones de emergencias. [C. R. S. 2018, 25.5-5-320 (5)].

Consentimiento para el uso de la tecnología de telesalud:

Reconozco que recibí y leí la información que SummitStone me dio sobre los riesgos potenciales de usar la tecnología de telesalud para comunicarme con SummitStone sobre mi atención y tratamiento. Entiendo los riesgos potenciales relacionados con el uso de la tecnología de telesalud para comunicarme con SummitStone y doy mi consentimiento para las condiciones descritas arriba. También entiendo que SummitStone puede terminar el tratamiento mediante la tecnología de telesalud en cualquier momento a la entera discreción de mis proveedores tratantes. Además, acepto las instrucciones descritas arriba, y cualquier otra instrucción escrita que SummitStone pudiera imponer sobre la transmisión y recepción de mi información médica por la tecnología de telesalud. También reconozco que SummitStone me dio una descripción de mis derechos relacionados con el uso de la tecnología de telesalud. SummitStone tiene permitido usar el software de conferencias basado en la web, Zoom.

Este consentimiento caduco dos (2) años a partir de la fecha de su firma.

_____ Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad), o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente.	_____ Fecha de la firma
_____ Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad), o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente.	_____ Fecha de la firma

AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO

*Al firmar a continuación, está **revocando** el permiso para que SummitStone brinde servicios de telesalud*

 Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad),
 o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente

 Fecha de la firma