

Insightful Matters FCP, Inc.

17111 North Beach Blvd., Suite 202 & 205
Huntington Beach, CA 92647

18700 South Beach Blvd., Suite 160 & 255
Huntington Beach, CA 92648

CONTRATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

Yo _____ [nombre del cliente] por la presente consiento en participar en telemedicina con _____ [nombre del terapeuta] como parte de mi terapia. Entiendo que la "telemedicina" incluye la práctica de la prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación mediante audio, video o comunicaciones de datos interactivos. Entiendo que la telemedicina también implica la comunicación de mi información médica / de salud mental, tanto oral como visual, a profesionales de la salud ubicados en California o fuera de California.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro ni arriesgar la pérdida o el retiro de los beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho.
 2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, hay excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad. Me referiré al Contrato de consentimiento informado para obtener detalles sobre la confidencialidad. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se realizará sin mi consentimiento por escrito.
 3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telemedicina, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de mi otro terapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría verse afectada o distorsionada por fallas técnicas ; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica puede ser accedido por personas no autorizadas.
- Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi terapeuta cree que sería mejor servido por otra forma de servicios terapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales), se me derivará a un terapeuta que pueda proporcionar dichos servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de terapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi terapeuta, mi condición puede no mejorar y, en algunos casos, incluso puede empeorar.
4. Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina, pero que los resultados no pueden garantizarse ni garantizarse.
 5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de registros médicos de acuerdo con la ley de California.

Firma del cliente

Fecha

Firma del cliente tutor

Fecha

Nombre y firma del proveedor

Fecha