



Corrective Speech and Language Therapy, Inc.
14055 Town Loop Blvd. Suite 300, Orlando, FL 32837
Ph: 407-857-6285 Fax: 407-857-9566
www.centralfltherapy.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO A TELEHEALTH

Tele salud les permite a los terapeutas consultar, tratar y educar mediante comunicación interactiva de audio, video o datos con respecto a mi tratamiento. Esto significa que pueden proporcionar servicios de terapia a través de reuniones digitales similares al popular sistema de comunicación "FaceTime", pero a través de un portal seguro y compatible con HIPAA. No utilizamos específicamente "FaceTime" para los servicios, el método de entrega sería similar. El terapeuta y el paciente se unirían a una sesión basada en computadora a la hora de terapia designada y trabajarían en las mismas metas que en la oficina. Este modo de prestación de servicios, cuando se implementa correctamente, ha demostrado tener los mismos resultados que las intervenciones cara a cara.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar y / o hacer que mi hijo/a participe en la terapia a través de la computadora, el teléfono o Internet (en adelante, Telehealth) con Beyond Therapy. Entiendo que la tele terapia también implica la comunicación de la información médica del paciente, tanto oral como visualmente.

Paciente: _____ Fecha: _____

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a Telehealth bajo este acuerdo:

Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la tele terapia. Como tal, entiendo que la información revelada durante el curso de la terapia es confidencial.

Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la tele terapia, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de Beyond Therapy, de que: la transmisión de mi información podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica puede ser accedido por personas no autorizadas. Beyond Therapy actualmente utiliza 'Doxy.me' para proporcionar servicios de tele terapia, pero esto está sujeto a cambios.

Entiendo que soy responsable de (1) proporcionar la computadora, el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios para mis sesiones de tele terapia, (2) la seguridad de la información en mi computadora y (3) organizar una ubicación con suficiente iluminación y privacidad que sea gratuita de distracciones o intrusiones para mi sesión de tele terapia. La tele terapia se ha determinado como un modelo de prestación de servicios apropiado para este paciente. La tele terapia solo se utilizará si se determina que es tan efectiva como el tratamiento en persona. Si la tele terapia no se considera efectiva, se le notificará y se lo remitirá nuevamente al tratamiento en persona. Para ciertas personas, pedimos que un facilitador adulto esté presente en la sala para ayudar con dificultades técnicas o mantener a un niño en la tarea. La tele terapia se puede usar como el medio principal de prestación de servicios, o se puede usar en combinación con servicios en persona.

He leído, entiendo y acepto la información proporcionada anteriormente.

Nombre del paciente (letra de Molde)

Firma del paciente / tutor

Fecha