



899 Logan Street, Suite 307
Denver, CO 80203
(303) 756 1197

Lista de comprobación del consentimiento informado para servicios de atención psicológica a distancia

- Las videoconferencias conllevan riesgos y beneficios (p. ej., limitaciones para el resguardo de la privacidad del paciente) distintos a los de las sesiones presenciales.
- No obstante, los servicios de atención psicológica a distancia también están obligados a resguardar la privacidad del paciente, por lo que nadie puede grabar la sesión sin el permiso de las otras personas.
- Para nuestras sesiones, acordamos emplear la plataforma de videoconferencia seleccionada (**Simple Practice**, Ring Central, Zoom). Su médico de Elevated Insights Assessment (EIA) le explicará cómo usarla.
- Precisa una cámara web o un teléfono inteligente para la sesión.
- Durante, la sesión, es importante que esté en un lugar tranquilo y reservado sin distracciones (incluidos teléfonos celulares u otros dispositivos).
- Es importante contar con una conexión de internet segura y no Wi-Fi público o gratuito.
- Es importante ser puntual. Si precisa cancelar o modificar su cita por videoconferencia, deberá avisarle antes a su psicólogo por teléfono o correo electrónico.
- Es necesario que tengamos un plan de emergencia (p. ej., un número de teléfono al cual poder comunicarnos con usted) para volver a empezar la sesión o reprogramarla en caso de dificultades técnicas.
- Comprendo que EIA brinda servicios de evaluación psicológica sin carácter de emergencia solo con citas programadas. Si, por alguna razón, no pudiese comunicarme con mi médico clínico al número provisto, el 303-756-1197, y tengo una emergencia real, deberé llama al 911, acudir a la guardia del hospital más cercano o llamar a la línea directa de Colorado para casos de emergencia (844) 493-8255. EIA no provee servicios fuera del horario de atención sin una cita. En caso de que precise acudir a una agencia o centro de asesoramiento psicológico fuera del horario de atención, entiendo que deberé pagar por mi cuenta todos los cargos que se generen. Entiendo que si le dejo un mensaje de voz a mi médico clínico al número de teléfono provisto, este me devolverá la llamada al final de próximo día hábil, sin contar feriados y fines de semana.
- Necesitamos un plan de seguridad que incluya al menos un contacto de emergencia y la sala de guardia más cercana a su domicilio por si sucede una situación de crisis.
- Si usted es menor de edad o tiene menos de 13 años, necesitamos la autorización de sus padres o su tutor (y su información de contacto) para poder participar de las sesiones de atención psicológica a distancia.
- Usted es responsable del pago de todas sus sesiones. Tenga en cuenta que si le envía las facturas a su aseguradora para recibir un reembolso, puede que esta no reembolse los gastos de atención psicológica a distancia.
- En mi carácter de médico clínico, puedo determinar que debido a ciertas circunstancias, la atención psicológica a distancia ya no resulta apropiada para su caso, por lo que consideraremos otras opciones.

En caso de que acordemos comunicarnos por alguno de los medios aprobados que se nombran más arriba, como por ejemplo, mensajes de texto, correo electrónico, teléfono o cualquier otro método electrónico de comunicación, las reglas de resguardo de la privacidad abarcan también estas comunicaciones. Sin embargo, EIA no garantiza la confidencialidad de dichas comunicaciones. A pesar de que es posible que EIA emplee métodos de encriptado, cortafuegos o sistemas de respaldo de avanzada a fin de resguardar la comunicación, existe siempre el riesgo de que un tercero sin autorización pueda comprometer o vulnerar las comunicaciones electrónicas o telefónicas o acceder a ellas. En ningún caso es posible garantizar en un 100 % la confidencialidad de la información transmitida por medios electrónicos.

Mediante mi firma certifico que mi médico de atención primaria me ha dado la información que antecede por escrito o, si no pudiera leer o fuese incapaz de comunicarme por escrito, que se me ha brindado una explicación oral acompañada de una copia por escrito. Entiendo mis derechos como cliente/paciente y en caso de tener alguna duda, consultaré a mi médico clínico.

Nombre/Firma del cliente

FECHA

Firma del padre/tutor (especifique la relación que guarda con el cliente)

FECHA