

Salud Conductual del Río Cumberland – Telesalud
Información y consentimiento del cliente para telesalud

Nombre del cliente: _____ Número de Seguro Social: _____

Introducción:

La telesalud consiste en la prestación de servicios mediante sistemas electrónicos interactivos de audio y video donde el profesional y el paciente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados en telesalud incorporan protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la información del paciente y los datos de audio y video. Estos protocolos incluyen medidas para salvaguardar los datos y contribuir a la protección contra la corrupción, intencional o no intencional.

Beneficios potenciales:

- Mayor accesibilidad a la atención
- Comodidad del cliente

Riesgos potenciales:

- Como con cualquier procedimiento, el uso de la telesalud puede conllevar riesgos potenciales. Estos riesgos incluyen, entre otros:
- La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución del video) para permitir que nuestros profesionales tomen decisiones adecuadas.
- Es posible que nuestros profesionales no puedan brindarme tratamiento utilizando equipos electrónicos interactivos ni proporcionar ni organizar atención de emergencia que requiero.
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallas del equipo.
- Los protocolos de seguridad pueden fallar, provocando una violación de la privacidad de mi información confidencial.
- La falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita presencial, pero no en una sesión de telesalud, puede generar errores en el juicio médico.

Alternativas al uso de la telesalud:

- Sesiones tradicionales presenciales en un entorno de oficina.

Mis derechos y responsabilidades:

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de mi información también se aplican a la telesalud.
- Entiendo que tengo la opción de sesiones presenciales en lugar de utilizar la telesalud y que la telesalud solo se ofrece como una opción para ayudar con la accesibilidad y la conveniencia.
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud durante el curso de mi atención en cualquier momento sin afectar el derecho a atención o tratamiento futuro y sin correr el riesgo de perder o retirar un beneficio de Medicaid al que el destinatario tiene derecho.
- Entiendo que CRBH tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento para el uso de telesalud durante el curso de mi atención en cualquier momento.
- Entiendo que todas las reglas y regulaciones que se aplican a la práctica de la medicina en Kentucky también se aplican a la telesalud.
- Entiendo que tengo acceso a la información médica resultante de la telesalud según lo dispuesto por la ley.
- Entiendo que la tecnología de videoconferencia utilizada por mi médico está encriptada para evitar el acceso no autorizado a mi información privada.
- Entiendo que debo ser residente de un estado de EE. UU. en el que mi médico tenga licencia para ejercer para ser elegible para los servicios de telesalud de CRBH y que es mi responsabilidad informar a mi médico sobre mi estado de residencia si cambia en cualquier momento en el futuro.
- Entiendo que CRBH no grabará ninguna de nuestras sesiones de telesalud sin mi consentimiento por escrito y acepto no grabar ninguna sesión de telesalud sin el consentimiento por escrito de CRBH.
- Entiendo que mi profesional me informará si alguna otra persona puede escuchar o ver alguna parte de nuestra sesión antes de que comience, y que yo le informaré si alguna otra persona puede escuchar o ver alguna parte de nuestra sesión antes de que comience. Entiendo que tanto yo como CRBH tenemos el derecho de excluir a cualquier persona de cualquiera de los sitios.
- Entiendo que la difusión, el almacenamiento o la retención de una imagen identificable u otra información de telesalud deberá cumplir con 42 USC 1301 et seq., 45 CFR Partes 160, 162, 164, KRS 205.566, 216.2927 y otras leyes o reglamentos federales o leyes estatales que establezcan políticas de confidencialidad de datos de atención médica individuales.

Consentimiento del cliente para el uso de telesalud:

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con mi médico y CRBH ha respondido todas mis preguntas, y es mi responsabilidad informar a mi médico sobre mi estado de residencia si cambia en cualquier momento en el futuro.

Firma: _____
(Cliente o Representante del Cliente)

Nombre impreso del representante del cliente: _____
(Se le otorga autoridad para actuar en nombre del cliente)

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____