



## ***Acuerdo de Servicios de Telesalud y Consentimiento Informado***

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente or guardian)

consiento a participar en los servicios de telesalud con *COMPASS COUNSELING SERVICES, LLC. (CCS, LLC)*

Los *servicios de telesalud* se definen como comunicación entre usted y nuestra práctica via remota utilizando transmisión electrónica. Teleterapia es definida como la intervención psicoterapéutica realizada remotamente vía videoconferencia, así como el uso de la tecnología para fines administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas con respecto a la programación de citas). Entiendo que telesalud permite que mi Terapeuta o Doctor en Medicina ( Psiquiatra, Doctor en Medicina con experiencia en Salud Mental o Enfermero Especializado) pueda diagnosticar, consultar, dar tratamiento, educar, transferir datos médicos y utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos con respecto a mi tratamiento.

Este formulario de consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativas). He leído y entiendo la siguiente información importante con respecto a los servicios de telesalud:

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para la psicoterapia en persona, así como se indica en el formulario de consentimiento informado de CCS, LLC.
2. Entiendo que aunque se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los clientes sea efectivo y esto incluya servicios de telesalud.
3. Entiendo que los servicios de telesalud corren el riesgo de un fracaso tecnológico que podría causar distorsión o interrupción total.

### ORLANDO OFFICE

1400 North Semoran Blvd, Suite E Orlando, FL 32807  
Phone: 407-823- 8421 Fax: 407-823-8195

### KISSIMMEE OFFICE

201 Ruby Ave, Suite B Kissimmee, FL 4741  
Phone: 407-933-1847 Fax: 407-933-1849



# COMPASS COUNSELING SERVICES

*Helping You Towards A Better Direction*

4. Entiendo que si mi terapeuta cree que los servicios de tratamiento de telesalud (por ejemplo, psicoterapia vía videoconferencia) no son una intervención apropiada, él/ella hará una referencia apropiada para los servicios que juzguen más apropiados para mis circunstancias. Esto puede incluir una recomendación para tratamiento en persona.
5. Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otra manera tendría derecho.
6. Entiendo que CCS, LLC usa métodos compatibles con HIPAA para los servicios de telesalud. Sin embargo, entiendo que ningún uso de la tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz que elija mantener es mi responsabilidad y no la responsabilidad de CCS, LLC

_____	_____	_____
<i>Nombre del Paciente o Guardian</i>	<i>Relación con el Paciente</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	
<i>Testigo</i>	<i>Fecha</i>	

#### ORLANDO OFFICE

1400 North Semoran Blvd, Suite E Orlando, FL 32807  
Phone: 407-823- 8421 Fax: 407-823-8195

#### KISSIMMEE OFFICE

201 Ruby Ave, Suite B Kissimmee, FL 4741  
Phone: 407-933-1847 Fax: 407-933-1849