



Nombre del Cliente: _____

Guardián (si aplica): _____

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA ATRAVÉS DE TELEHEALTH:

1. Yo entiendo que la terapeuta designada (por medio de la intérprete designada) me está ofreciendo la opción de participar en nuestra consulta por medio de Telehealth.
2. La terapeuta designada (por medio de la intérprete designada) me explicó como la consulta por Telehealth funciona, y que no será igual a la consulta de persona-a-persona en la oficina de la terapeuta designada. Yo entiendo que yo no voy a estar en la misma oficina con ella. La consulta será por medio del teléfono usando el sistema de Telehealth.
3. Yo entiendo que la consulta por medio de Telehealth tiene los siguientes beneficios: Tener acceso más conveniente a la terapia; tener la opción de escoger el sitio donde voy a recibir la terapia; reducir la posibilidad de contagio por el virus COVID-19.
4. Yo entiendo que existe la posibilidad de problemas relacionados con la tecnología. Yo entiendo que la terapeuta designada, o yo, tenemos la opción de parar la consulta en cualquier momento si sentimos que la situación se ha puesto difícil, o no es posible seguir con la consulta por cualquier motivo.
5. Fue posible para mi hablar personalmente con la terapeuta designada (por medio de una intérprete designada), y fue posible preguntar sobre cualquier duda que yo tenía sobre este nuevo arreglo para la consulta. La terapeuta designada (a través de la intérprete) contestó mis preguntas de una manera bien entendible.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE TELEHEALTH POR SIMPLEPRACTICE SERVICE

Telehealth por medio de SimplePractice Service, es el proveedor tecnológico que utilizaremos para las consultas telefónicas de conferencia-video. Es fácil de utilizar y no requiere códigos. Al firmar este documento, yo entiendo lo siguiente:

1. Telehealth por SimplePractice Service NO es ningún servicio de emergencias. En caso de cualquier emergencia, tengo que llamar a 911.
2. Aunque la terapeuta designada (y la intérprete designada) y yo estamos en contacto por video/audio directo a través de Telehealth, entiendo que SimplePractice Service y Telehealth NO ofrecen consultas médicas, NO ofrecen ningún servicio médico, y NO ofrecen servicios médicos de emergencia.
3. Telehealth por SimplePractice Service es proveedor de conferencia-video solamente, y no es responsable por ningún servicio médico.
4. Entiendo que la terapeuta designada NO tiene información acerca de la tecnología utilizada para los servicios de Telehealth por SimplePractice Service. La terapeuta designada no tendrá ninguna información que tenga que ver con la operación de Telehealth por SimplePractice Service.
5. Entiendo que Telehealth por SimplePractice Service se está utilizando durante la pandemia del COVID-19, para ayudar a mantener la “distancia social” requerida ahora por las autoridades, y que este servicio seguirá vigente hasta el próximo aviso.
6. Para mantener la confidencialidad, yo no voy a compartir mi “link” asignado con ninguna otra persona que no sea invitada a asistir a la consulta.

Al firmar este documento, confirmo lo siguiente:

- Que he leído y entiendo todo el contenido.
- Que entiendo todos los riesgos y beneficios del sistema de conferencia-video por medio de Telehealth por Simple Practice Service.
- Que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca de este servicio para consultas y que han sido contestadas, y que las entiendo.

AL MARCAR ESTE CUADRO, ESTOY DICIENDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO QUE DICE EN ESTE DOCUMENTO Y QUE LO ENTIENDO.

Firma del Cliente

Fecha