

Consentimiento del Cliente: Asesoramiento por Internet o por Teléfono

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en asesoramiento por Internet y / o teléfono con The Center de Asesoramiento y Psicología Integrativa. Entiendo que estos modos de servicio incluyen la práctica de la prestación de atención de salud mental, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos de atención médica, y entiendo que el asesoramiento por Internet y / o teléfono también puede implicar la comunicación de mi información de salud mental / salud, tanto oral como visualmente. Entiendo que las líneas telefónicas encriptadas probablemente no se usen y, por lo tanto, no se puede garantizar la confidencialidad si las sesiones se realizan en áreas con acceso no seguro a Internet (WIFI público). Además, se recomienda que las sesiones telefónicas se realicen en áreas en las que pueda garantizar la privacidad y no mientras realiza mandados o en áreas públicas. El clínico no puede garantizar la confidencialidad de la información del cliente (uso de WIFI público, redes no seguras, hablar en áreas públicas, etc.).

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a Internet y / o asesoramiento telefónico:

1. Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro o arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información de atención médica también se aplican a Internet y / o asesoramiento telefónico. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi tratamiento es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde convierto mi estado mental o emocional en un problema en un procedimiento legal. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de Internet y / o interacción de asesoramiento telefónico a investigadores u otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la asesoría telefónica y / o por Internet, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de mi psicoterapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica puede ser accedido por personas no autorizadas. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en el asesoramiento telefónico o por Internet pueden o no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi psicoterapeuta cree que sería mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales), se me derivará a un psicoterapeuta que puede proporcionar dichos servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, mi condición puede no mejorar y, en algunos casos, incluso puede empeorar.
4. Entiendo que puedo beneficiarme de la asesoría telefónica o por Internet, pero que los resultados no pueden garantizarse ni garantizarse.

Mi firma a continuación indica que entiendo el tipo y el alcance de la información que se divulga, así como los riesgos asociados con la asesoría telefónica y por Internet, se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de esta información y doy mi consentimiento para obtener asesoramiento por internet y teléfono.

Firma de Cliente: _____ Escriba el nombre de Cliente : _____ Fecha: _____

O para Menor

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Escriba el nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____ Tengo autoridad legal para firmar este documento en nombre de _____ Relación: _____
(Nombre del menor)