



Get Out Of Your Head Therapy

Psychotherapy & Counseling Services for Children, Adolescents and Adults

345 Owen Lane, Suite 102, Waco, TX 76710

6700 Manchaca Road, Suite 14A, Austin, TX 78745

O: 512.686.6012 • F: 512.842.7227 • www.getoutofyourheadtherapy.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELETERAPIA

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Definición y Alcance de la Práctica de la Teleterapia

De acuerdo con la Ley del Estado de Texas, la tecnología puede usarse para facilitar diversas formas de servicios clínicos, que incluyen, entre otros, consejería, administración de casos y otras funciones. Su médico utilizará la tecnología para facilitar la comunicación con los clientes, obtener información de los clientes, proporcionar información a los clientes y facilitar diversas intervenciones. La capacidad de proporcionar servicios de forma electrónica tiene muchos beneficios al igual que riesgos.

Confidencialidad

Siempre habrá limitaciones por el uso de la tecnología. Todas las sesiones de teleterapia, la comunicación a través del correo electrónico de la empresa de su terapeuta y la comunicación del personal administrativo se cifrarán según la mejor capacidad de la empresa. La empresa no es propietaria ni administradora del software que se utiliza, y por lo tanto, no se hace responsable de los problemas, daños o inconvenientes causados por problemas con dicho software. Cualquier violación conocida de su información confidencial le será transmitida a través de una llamada telefónica del personal administrativo a su número de teléfono registrado. Los riesgos adicionales incluyen, pero no se limitan a:

- Su sesión podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas. Su consejero discutirá con usted el plan de acción en caso de que esto ocurra durante cualquiera de sus sesiones.
- La transmisión de su información podría ser interceptada por personas no autorizadas; y/o personas no autorizadas podrían acceder al almacenamiento electrónico de su información médica privada.
- Si su computadora está comprometida por virus o algún software malicioso, entonces es su responsabilidad eliminar los archivos infectados, a su costo y/o esfuerzo. Su consejero no podrá ayudarlo en ese proceso.
- Además, existe el riesgo de que alguien cercano a usted viole su confidencialidad si no se establece en un área privada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELETERAPIA (continuación)

Detalles de la Sesión

Las sesiones de teleterapia se llevan a cabo en el estado de Texas (EE. UU.) y se rigen por las leyes de ese estado. En el caso de que su terapeuta tenga motivos para creer que las sesiones en línea no son apropiadas, se le comunicará y tendrá la opción de continuar con las sesiones presenciales o se le proporcionarán referencias a proveedores en su ciudad o área de residencia. No hay otros compromisos explícitos o implícitos en su relación de teleterapia.

Su sesión tendrá una duración de 53 minutos, a menos que usted y su médico acuerden lo contrario. La tarifa de su sesión será la misma que la de cualquier sesión presencial y no hay tarifas adicionales, a menos que lo indique su proveedor de seguros.

Debido a las regulaciones estatales y los requisitos de la junta de licencias, su terapeuta sólo puede brindar servicios en un estado en el que tenga una licencia vigente y válida (es decir, estado permitido). Su terapeuta se asegurará, en un grado razonable, de que al comienzo de cada sesión de teleterapia usted se encuentre en un estado permitido. El médico también le informará sobre la ubicación de su ciudad y estado. En el caso de que esté fuera de Texas durante su sesión, es su responsabilidad comunicar el cambio a su consejero antes del comienzo de su sesión. Si no informa a su terapeuta que no se encuentra en un estado permitido para la hora confirmada de su cita, su sesión se cancelará como una cancelación de último minuto y se le cobrará la tarifa de acuerdo con el "Acuerdo de Servicio y el Formulario de Consentimiento Informado Para el Tratamiento" que fue completado.

Libertad para retirar el consentimiento

Puede retirar el consentimiento otorgado previamente en cualquier momento sin dar una razón. Con esta decisión, usted comprende que esto requeriría que asista a futuras sesiones de terapia en persona o que transfiera la atención a otro consejero que sea más conveniente para usted.

Con mi firma a continuación, indico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con toda la información proporcionada anteriormente; en particular, acepto que la teleterapia no brinda servicios de emergencia.

Nombre del Cliente
(impreso por favor)

Firma del Cliente

Fecha