



## **INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN y CONSENTIMIENTO A LA SALUD TELEMENTAL**

Muchas gracias por elegir los servicios que ofrecemos. Este documento está diseñado para informarle sobre lo que puede esperar de nosotros con respecto a la confidencialidad, emergencias y varios otros detalles con respecto a su tratamiento en lo que se refiere la Salud TeleMental. Salud TeleMental se define de la siguiente manera:

“La Salud TeleMental significa el modo de prestar servicios vía medios asistidos por tecnología, como, pero no limitada, a un teléfono, vídeo, Internet, un smartphone, una tableta, un sistema de PC de escritorio u otros medios electrónicos que utilizan la tecnología de cifrado adecuada para la información electrónica de salud. Salud TeleMental facilita la autogestión y la ayuda para los clientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento.” (Código de Georgia 135-11-.01)

Salud TeleMental es un concepto relativamente nuevo a pesar del hecho de que muchos terapeutas han estado usando medios asistidos por la tecnología durante años. Las violaciones de la confidencialidad en la última década han hecho evidente que la Información de Salud Personal (PHI) en lo que se refiere a la tecnología necesita un nivel adicional de protección. Además, hay varios otros factores que deben ser considerados con respecto a la prestación de servicios de Salud TeleMental con el fin de proporcionarle el más alto nivel de atención. Por lo tanto, nuestros terapeutas han completado la formación especializada en Salud Telemental. También hemos desarrollado varias políticas y medidas de protección para asegurar que su PHI siga siendo confidencial. Estas se discuten a continuación.

### **Explicación de diferentes formas de medios asistidos por tecnología**

#### **Teléfono vía línea terrestre**

Es importante que sepa que incluso los teléfonos de línea terrestre pueden no ser completamente seguros y confidenciales. Existe la posibilidad de que alguien pueda escuchar o incluso interceptar sus conversaciones con tecnología especial. Las personas que tienen acceso a su teléfono o a su factura telefónica pueden determinar con quién ha hablado, quién inició esa llamada y cuánto tiempo duró la conversación. Si usted tiene un teléfono de línea terrestre y nos proporcionó ese número de teléfono, podemos comunicarnos con usted en esa línea desde nuestro propio teléfono fijo en nuestra oficina o desde un teléfono celular, por lo general sólo con el propósito de establecer una cita si es necesario. Si esta no es una forma aceptable de ponerse en contacto con usted, por favor informe a su terapeuta. Las conversaciones telefónicas (que no sean sólo para la configuración de citas) se facturan a la tarifa por hora de su terapeuta.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



### **Teléfonos celulares**

Además de líneas terrestres, los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros o confidenciales. También existe la posibilidad de que alguien escuche o intercepte sus conversaciones. Tenga en cuenta que las personas que tienen acceso a su teléfono celular o la factura de su teléfono celular pueden ver con quién ha hablado, quién inició esa llamada, cuánto tiempo duró la conversación y dónde se encontraba cada parte cuando se produjo esa llamada. Sin embargo, nos damos cuenta de que la mayoría de las personas tienen y utilizan un teléfono celular. También podemos usar un teléfono celular para comunicarnos con usted, por lo general sólo con el propósito de concertar una cita si es necesario. Además, su terapeuta puede mantener su número de teléfono en su teléfono celular, pero sólo aparecerá con sus iniciales y su teléfono está protegido por contraseña. Si esto es un problema, por favor hágaselo saber a su terapeuta, y él/ella estará encantado de discutir otras opciones. Las conversaciones telefónicas (que no sean sólo para la configuración de citas) se facturan a la tarifa por hora de su terapeuta.

### **Mensajes de Texto**

Los mensajes de texto no son un medio de comunicación seguro y pueden comprometer su confidencialidad. Sin embargo, nos damos cuenta de que muchas personas prefieren enviar mensajes de texto porque es una forma rápida de transmitir información. No obstante, por favor sepa que nuestra política es utilizar este medio de comunicación estrictamente para las confirmaciones de citas. Por favor, no envíe ningún contenido terapéutico a través de texto para evitar comprometer su confidencialidad. También necesita saber que estamos obligados a mantener una copia o resumen de todos los textos como parte de su registro clínico que abordan cualquier cosa relacionada con la terapia.

### **Correo electrónico**

El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro y puede comprometer su confidencialidad. Sin embargo, nos damos cuenta de que muchas personas prefieren enviar un correo electrónico porque es una forma rápida de transmitir información. No obstante, por favor sepa que nuestra política es utilizar este medio de comunicación estrictamente para las confirmaciones de citas. Por favor, no envíe ningún contenido terapéutico por correo electrónico para evitar comprometer su confidencialidad. También debe saber que estamos obligados a mantener una copia o un resumen de todos los correos electrónicos como parte de su registro clínico que se dirijan a cualquier cosa relacionada con la terapia.

Aunque solo utilizaremos el correo electrónico para citas y temas breves, utilizamos una plataforma de correo electrónico segura alojada por G-Suite de Google para su protección adicional. Hemos elegido esta tecnología porque está encriptada según el estándar federal, compatible con HIPAA, y la compañía ha firmado un Acuerdo de Asociado de Negocios (BAA) de HIPAA. El BAA significa que la compañía está dispuesta a dar testimonio del cumplimiento de HIPAA y asumir la responsabilidad de mantener su PHI segura.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



## HOLY FAMILY COUNSELING CENTER

4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720  
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

También le sugerimos fuertemente que sólo se comunique a través de un dispositivo que sepa que es seguro y tecnológicamente seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.) Si usted está en una crisis, por favor no se comunique con nosotros a través del correo electrónico porque es posible que no lo veamos a tiempo. En su lugar, consulte a continuación el "Procedimientos de emergencia".

### **Redes sociales: Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Pinterest, etc.**

Es nuestra política no aceptar solicitudes de 'amistad' o 'conexión' de ningún cliente actual o anterior en ninguno de los sitios de redes sociales personales de nuestro terapeuta como Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, etc., porque esto puede comprometer su confidencialidad y enturbiar los límites de su relación.

Sin embargo, Holy Family Counseling Center tiene una página profesional de Facebook y una cuenta profesional de Twitter. Le invitamos a "seguirnos" en cualquiera de estas páginas profesionales donde publicamos información de psicología, información de consejería y contenido espiritual. Sin embargo, por favor hágalo sólo si se siente cómodo con el público en general siendo consciente del hecho de que su nombre está agregado al Holy Family Counseling Center. Por favor, absténgase de ponerse en contacto con nosotros utilizando sistemas de mensajería de redes sociales como Facebook Messenger o Twitter. Estos métodos no tienen seguridad suficiente, y no los observamos de cerca. No queremos perdernos un mensaje importante de usted.

### **Google, Bing, etc.**

Es nuestra política no buscar a nuestros clientes en Google, Bing o cualquier otro medio de búsqueda. Respetamos su intimidad y hacemos que nuestra política le permita a usted compartir su información con nosotros cuando usted se sienta que es apropiado. Si hay contenido en el Internet que le gustaría compartir con su terapeuta por motivos terapéuticos, por favor imprima este material y tráigalo a su sesión.

### **Comunicación de vídeo (VC)**

La videoconferencia es una opción para que su terapeuta realice sesiones remotas con usted a través del Internet, donde pueden hablar entre ustedes y verse en una pantalla. Utilizamos plataformas que están encriptadas según el estándar federal, compatible con HIPAA, y han firmado un Acuerdo de Asociado de Negocios de HIPAA (BAA). El BAA significa que la plataforma de videoconferencia está dispuesta a dar testimonio del cumplimiento de la HIPAA y asume la responsabilidad de mantener su interacción de videoconferencia segura y confidencial. Si usted y su terapeuta deciden utilizar esta tecnología, su terapeuta le dará instrucciones detalladas sobre cómo iniciar una sesión de forma segura. También le pedimos que inicie la sesión en la plataforma al menos cinco minutos antes de la hora de la sesión para asegurarse de que usted y su terapeuta comiencen de inmediato. Sugerimos encarecidamente que sólo se comunique a través de una computadora o dispositivo que sepa que es seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.)

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



### **Envío de registros médicos por Fax**

Si nos autoriza (por escrito) a través de un formulario de 'Divulgación de información' para enviar sus registros médicos o cualquier forma de información de salud personal a otra entidad por cualquier motivo, es posible que necesitemos enviar esa información por fax a la entidad autorizada. Es nuestra responsabilidad hacerle saber que las máquinas de fax pueden no ser una forma segura de transmitir información. Además, la información que se ha enviado por fax también puede permanecer en el disco duro de una máquina de fax. Sin embargo, utilizamos los servicios de E-Fax Corporate que ofrece una plataforma que está encriptada según el estándar federal, compatible con HIPAA, y ha firmado un Acuerdo de Asociado de Negocios (BAA) de HIPAA.

### **Recomendaciones a Sitios Web o Aplicaciones (Apps)**

Durante el transcurso de nuestro tratamiento, su terapeuta puede recomendarle que visite ciertos sitios web para obtener información pertinente o de autoayuda. Ella o él también puede recomendar ciertas aplicaciones que podrían ser de ayuda para usted y mejorar su tratamiento. Tenga en cuenta que los sitios web y las aplicaciones pueden tener dispositivos de seguimiento que permiten que el software automatizado u otras entidades sepan que ha visitado estos sitios o aplicaciones. Incluso pueden utilizar su información para intentar venderle otros productos. Además, cualquier persona que tenga acceso al dispositivo que utilizó para visitar estos sitios y/o aplicaciones, puede ver que ha estado en estos sitios mediante la visualización del historial en su dispositivo. Por lo tanto, es su responsabilidad decidir si desea que esta información se adjunte a su tratamiento o si prefiere que su terapeuta no haga estas recomendaciones. Por favor, hágaselo saber a su terapeuta marcando (o no marcando) la casilla apropiada al final de este documento.

### **Almacenamiento electrónico de registros**

Sus comunicaciones con nosotros pasarán a formar parte de un registro clínico del tratamiento, y se conoce como Información Médica Protegida (PHI). Su PHI se almacenará electrónicamente con G-Suite de Google, una empresa de almacenamiento seguro que ha firmado un Acuerdo de Asociado de Negocios de HIPAA (BAA). El BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA utilizando encriptación punto a punto aprobada por el gobierno federal. En algunos casos, su PHI puede guardarse en forma de registros escritos a mano que están protegidos y guardados en archivadores cerrados en nuestras oficinas.

### **Transferencia electrónica de PHI para ciertas transacciones con tarjeta de crédito**

Utilizamos Global Gateway-First Data a través de Bank of America para procesar la información de su tarjeta de crédito/débito. Esta compañía puede enviar al titular de la tarjeta un mensaje de texto o un recibo por correo electrónico indicando que usó esa tarjeta en nuestras instalaciones, la fecha en que la usó y la cantidad que se le cobró. Esta notificación generalmente se configura de dos maneras diferentes, ya sea a solicitud suya en el momento en que se ejecuta la tarjeta o automáticamente. Tenga en cuenta que es su responsabilidad saber si usted o el titular de la tarjeta tiene configurada la

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



**HOLY FAMILY COUNSELING CENTER**

4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720  
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

notificación automática de recibo para mantener su confidencialidad si no desea que se envíe un recibo por mensaje de texto o correo electrónico. Además, tenga en cuenta que la transacción también aparecerá en la factura de su tarjeta de crédito/débito. El nombre en el cargo aparecerá como Holy Family Counseling Center.

**Sus responsabilidades de confidencialidad y Salud TeleMental**

Por favor comuníquese sólo a través de dispositivos que sepa que son seguros como se describe anteriormente. También es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con los medios tecnológicos y estar al tanto de que familiares, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos pueden escuchar sus comunicaciones o tener acceso a la tecnología con la que está interactuando. Adicionalmente, usted acepta no grabar ninguna sesión de Salud TeleMental.

\_\_\_\_\_ (por favor, firme con sus iniciales para reconocer este requisito)

**Tiempo de respuesta a la comunicación**

Tenga en cuenta que estamos ubicados en el sureste y que cumplimos con el horario de verano/estándar oriental. Nuestra práctica es un centro ambulatorio, y estamos configurados para dar cabida a personas que son razonablemente seguras e ingeniosas. No estamos siempre disponibles. Si esto no constituye suficiente apoyo, por favor informe a su terapeuta, y él o ella puede discutir recursos adicionales o transferir su caso a un terapeuta o clínica con disponibilidad las 24 horas. Nuestro objetivo es devolver llamadas telefónicas dentro de las 48 horas hábiles (es decir, no devolvemos llamadas los fines de semana o días festivos). Si usted está teniendo una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, por favor siga las instrucciones a continuación.

**En Caso de Emergencia**

Si tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere la comunicación de su terapeuta, pero realice una o más de las siguientes acciones:

- Llame a Behavioral Health Link/GCAL: 800-715-4225 u otra línea directa de crisis las 24 horas en su área
- Llame a Ridgeview Institute at 770.434.4567 u hospital local
- Llame a Peachford Hospital at 770.454.5589 u hospital local
- Llame a Lifeline at (800) 273-8255 (Línea Nacional de Crisis)
- Llame 911.
- Vaya a la sala de emergencias de su elección.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



**HOLY FAMILY COUNSELING CENTER**

4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720  
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

**Procedimientos de Emergencia Específicos para los Servicios de Salud Telemental**

Hay procedimientos adicionales que necesitamos aplicar que son específicos a los servicios de Salud TeleMental y son para su seguridad en caso de una emergencia, como sigue:

Usted entiende que, si usted está teniendo pensamientos suicidas u homicidas, experimentando síntomas psicóticos, o en una crisis que no podemos resolver remotamente, podemos determinar que usted necesita un nivel más alto de atención y los servicios de Salud TeleMental no son apropiados.

Requerimos a una persona de contacto en caso de emergencia (ECP) con quién podemos ponernos en contacto de su parte en una emergencia que ponga en peligro la vida. Por favor escriba el nombre de esta persona y la información de contacto a continuación. Usted o nosotros verificaremos que su ECP esté dispuesto y pueda ir a su ubicación en caso de una emergencia. Además, si usted, su ECP o nosotros lo determinamos necesario, el ECP acepta llevarlo a un hospital. Su firma al final de este documento indica que comprende que sólo nos comunicaremos con esta persona en las circunstancias extremas indicadas anteriormente. Por favor nombre su ECP aquí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Usted acepta informar a su terapeuta la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión de Salud TeleMental. Usted acepta informar a su terapeuta sobre el hospital de salud mental más cercano a su ubicación primaria al que prefiere ir en caso de una emergencia de salud mental (en general ubicado donde normalmente estará durante una sesión de Salud TeleMental). Nombre del hospital y el número de contacto aquí.

Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**En caso de fallo tecnológico**

Durante una sesión de Salud TeleMental, usted y su terapeuta podrían encontrar un fallo tecnológico. El plan de copia de seguridad más confiable es ponerse en contacto entre sí por teléfono. Por favor, asegúrese de tener un teléfono con usted, y que su terapeuta tenga ese número de teléfono.

Si usted y su terapeuta se desconectan de una videoconferencia o sesión de charla, finalice y reinicie la sesión. Si no puede volver a conectarse dentro de diez minutos, llame a su terapeuta.

Si usted y su terapeuta están en una sesión telefónica y se desconecta, llame a su terapeuta o comuníquese con él/ella para programar otra sesión. Si el problema se debe al servicio telefónico de su terapeuta, y ustedes dos no pueden reconectarse, él/ella no les cobrará por esa sesión.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



### **Estructura y costo de las sesiones**

En Holy Family Counseling Center, ofrecemos principalmente asesoramiento cara a cara. Sin embargo, su terapeuta puede proporcionarle conferencias telefónicas o por video si sus necesidades de tratamiento determinan que los servicios de Salud TeleMental son apropiados para usted. Si es apropiado, puede participar en sesiones presenciales, Salud TeleMental o ambas. Usted y su terapeuta discutirán y juntos decidirán qué es lo mejor para usted.

**La estructura y el costo de las sesiones de Salud TeleMental son las mismas que las sesiones presenciales descritas en nuestro "Paquete de admisión" general.** Requerimos una tarjeta de crédito/débito antes de la terapia de Salud TeleMental para facilitar la facturación. Firme el Formulario de pago con tarjeta de crédito, que se le envió por separado e indica que podemos cobrarle a su tarjeta sin que usted esté físicamente presente. Su tarjeta de crédito/débito se cargará al finalizar cada sesión de Salud TeleMental. **Esto incluye cualquier interacción terapéutica que no sea programar citas.** Las tarjetas Visa, MasterCard o Discover son aceptables para el pago, y le proporcionaremos un recibo de pago y los servicios que proporcionamos a menos que otra fuente de pago haya sido discutida y acordada con su terapeuta. El recibo de pago y servicios completados también puede ser usado como una declaración para el seguro de ser aplicable a usted (véase abajo).

Las compañías de seguros tienen muchas reglas y requisitos específicos para ciertos planes de beneficios. En la actualidad, muchos no cubren los servicios de Salud TeleMental. Es su responsabilidad investigar las pólizas de su compañía de seguros y solicitar el reembolso del seguro para los servicios de Salud TeleMental. Como se indicó anteriormente, estaremos encantados de proporcionarle una declaración para su compañía de seguros y ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener a este respecto.

Usted también es responsable del costo de cualquier tecnología que pueda utilizar en su propia ubicación. Esto incluye su computadora, teléfono celular, tableta, internet o cargos por teléfono, software, auriculares, etc.

En el caso de que no pueda asistir a una cita personal o una cita de Salud TeleMental, debe notificar a su terapeuta con al menos 24 horas de anticipación. Si no se recibe dicha notificación anticipada, usted será financieramente responsable de la sesión que perdió. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones perdidas.

### **Limitaciones de los servicios de terapia de Salud TeleMental**

Los servicios de Salud TeleMental no deben verse como un sustituto completo de la terapia realizada en nuestra oficina, a menos que existan circunstancias extremas que le impidan asistir a la terapia en persona. Es una forma alternativa de terapia o terapia complementaria, e implica limitaciones. Principalmente, existe el riesgo de malentendidos entre unos y otros cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. Por ejemplo, si falta calidad de video por alguna razón, es posible que el terapeuta no vea una lágrima en su ojo. O, si falta calidad de audio, es posible que no oiga la grieta en su voz que él o ella podría haber captado fácilmente si estuviera en nuestra oficina.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_



## HOLY FAMILY COUNSELING CENTER

4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720  
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

También puede haber una interrupción en el servicio (por ejemplo, la llamada se corta o el video se cae). Esto puede ser frustrante e interrumpe el flujo normal de interacción personal.

Tenga en cuenta que tenemos el mayor respeto y consideración positiva por usted y su bienestar. Nunca haríamos ni diríamos nada intencionalmente para lastimarlo de ninguna manera, y le recomendamos encarecidamente que informe a su terapeuta si algo que ella o él ha hecho o dicho le ha molestado. Le invitamos a mantener la comunicación con su terapeuta abierta en todo momento para reducir cualquier daño posible.

### **Requisito cara a cara**

En todos los casos, requerimos una reunión cara a cara al inicio del tratamiento. Preferimos que esta reunión inicial tenga lugar en nuestra oficina. Si eso no es posible, podemos utilizar la videoconferencia como se describió anteriormente. Durante esta sesión inicial, su terapeuta le pedirá que muestre una identificación con foto válida y otra forma de verificación de identidad, como una tarjeta de crédito en su nombre.

### **Consentimiento a los servicios de Salud TeleMental**

Por favor, consulte los servicios de Salud TeleMental que está autorizando a su terapeuta a utilizar para su tratamiento o fines administrativos. En última instancia, usted y su terapeuta determinarán qué modos de comunicación son mejores para usted. Sin embargo, puede retirar su autorización para usar cualquiera de estos servicios en cualquier momento durante el curso de su tratamiento simplemente notificándonos por escrito. Si no ve un elemento mencionado anteriormente en este documento para su autorización a continuación, esto se debe a que está integrado en nuestra práctica, y utilizaremos esa tecnología a menos que usted negocie lo contrario.

Texto

Correo electrónico

Videoconferencia

Recomendaciones para sitios web o aplicaciones

En resumen, la tecnología está cambiando constantemente, y hay implicaciones en todo lo anterior de los que tal vez no nos demos cuenta en este momento. Siéntase libre de hacer preguntas, y por favor sepa que estamos abiertos a cualquier sentimiento o pensamiento que tenga acerca de estas y otras modalidades de comunicación y tratamiento.

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_





**HOLY FAMILY COUNSELING CENTER**

4411 Suwanee Dam Rd, Suite 720  
Suwanee, GA 30024 | (678) 993-8494

Por favor imprima, feche y firme su nombre a continuación para indicar que ha leído y comprende el contenido de este formulario, que está de acuerdo con estas políticas y nos autoriza a utilizar los métodos de Salud TeleMental mencionados.

---

Nombre del Cliente (Imprimir) Fecha

---

Firma del Cliente

Si es Aplicable:

---

Nombre del padre o tutor legal (por favor imprima) Fecha

---

Firma del Padre o Tutor Legal

La firma de su terapeuta a continuación indica que él o ella ha discutido este formulario con usted y ha respondido a cualquier pregunta que tenga con respecto a esta información.

---

Firma del Terapeuta

Por favor firme con sus iniciales que ha leído, entiende y acepta los términos especificados en esta página \_\_\_\_\_