



BLUE STONE COUNSELING LLC
10040 N. PORT WASHINGTON RD.
MEQUON, WI 53092
(414) 375-9273
EMAIL:
SUSIE@BLUESTONECOUNSELINGLLC.COM
www.BlueStoneCounselingLLC.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que el profesional de salud mental de Blue Stone Counseling se conecte con personas mediante comunicaciones interactivas de video y audio.

La telesalud incluye la práctica de prestación de atención de salud psicológica, diagnóstico, consulta, tratamiento, derivación a recursos, educación y transferencia de datos médicos y clínicos.

Entiendo que tengo los derechos con respecto a la telesalud:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información que revele durante el curso de mis sesiones es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar abuso de niños, ancianos y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima determinable; y cuando hago que mi estado mental o emocional sea un tema en un procedimiento legal. También entiendo que la difusión de imágenes o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no se producirá sin mi consentimiento por escrito.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal pueda verse interrumpida o distorsionada por razones técnicas. En caso de falla, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y/o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse involuntariamente o ser accedido por personas no autorizadas. BlueStone utiliza software de transmisión de audio/video seguro y cifrado para brindar telesalud.
4. Entiendo que si mi consejero cree que sería mejor para mí otra forma de intervención (por ejemplo, servicios cara a cara), se me derivará a un profesional de salud mental asociado con cualquier forma de psicoterapia. y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi consejero, mi condición puede no mejorar, y en algunos casos puede incluso empeorar.
5. Entiendo las alternativas al asesoramiento a través de telesalud tal como se han explicado.
6. Para mí, y al elegir participar en telesalud, acepto participar utilizando tecnología de videoconferencia. También entiendo que a mi solicitud o por indicación de mi consejero, es posible que me indiquen psicoterapia "cara a cara".

7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados, como un mejor acceso a la atención y una evaluación y gestión más eficientes, del uso de la telesalud en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
8. Entiendo que mi consejero puede contactar a la persona indicada en la proxima pagina en caso de emergencia.
9. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación.
10. Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para enviar mi información de identificación personal a un tercero.
11. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes correspondientes al estado en el que resido.
12. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio, video o computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda en un hospital o centro de atención médica orientado a crisis en mi área inmediata.
13. Entiendo que diferentes estados tienen diferentes regulaciones para el uso de telesalud. Mi proveedor tiene licencia en Wisconsin, no puedo conectarme desde una ubicación alternativa para la prestación de servicios de psicoterapia basados en audio, video o computadora, excepto según lo estipulado durante las excepciones de la pandemia de COVID 19.

Blue Stone Counseling le proporcionará una declaración de servicio al final de cada sesión.

Le invitamos a pagar con tarjeta de crédito o con Venmo. Los precios de las sesiones son los siguientes:

Sesión de psicoterapia de 60 minutos:	\$110.00
Sesión de psicoterapia de 45 minutos:	\$ 75.00
Sesiones EMDR de 90 minutos	\$150.00

Verifique que tenga esta información registrada en su teléfono o computadora para fines de comunicación:

Susie Miller celular de trabajo: **414-375-9273**

correo electrónico: susie@bluestonecounselingllc.com

Pagina de Firma

Nombre de Cliente en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección para envío postal: _____

Dirección donde se ubicará al cliente en la sesión:

Persona y número de contacto de emergencia:

Contacto adicional para una emergencia:

He leído este documento (paginas 1-3) detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento. Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de servicios de telesalud para tratamiento bajo los términos aquí descritos.

Con mi firma a continuación, por la presente declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento. Consentimiento del paciente para el uso de telesalud.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma de Cliente

Fecha

Firma de Adulto si cliente es de menor edad

Fecha

Firma de Susan K. Miller, LPC

Fecha