

DIRECTRICES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A TRAVÉS DE TELESALUD

FORMULARIO HIPAA 24

CIBER ID _____

BERGEN'S PROMISE los servicios de gerente de cuidado están diseñados para ser proporcionados en persona, en la comunidad, para una verdadera fidelidad al modelo de atención integral y una eficacia óptima en la prestación del servicio. sin embargo, existen situaciones excepcionales donde se puede utilizar telesalud debido a preocupaciones de salud y seguridad.

1. **Por este medio, ACEPTO** el uso de telesalud para facilitar la entrega de servicios cuando las condiciones no permitan la entrega de servicios en persona, ya que podría plantear una preocupación directa de salud y seguridad, según las normas estatales y federales.
2. **Entiendo que** BERGEN'S PROMISE buscará mi voz y elección basada en mis necesidades/preferencias de comunicación con mi gerente de cuidado al comienzo de cada mes para guiar la entrega del servicio para el mes.
3. **Entiendo que** habrá un examen de salud completado antes de cada reunión en persona programado para asegurar que las preocupaciones de salud y seguridad se aborden durante el curso de trabajo con BERGEN'S PROMISE.
4. **Entiendo que** si hay preocupaciones de salud confirmadas, tengo la opción de solicitar la reunión a través de telesalud o puedo elegir reprogramar la reunión en persona cuando las preocupaciones de salud ya no estén presentes.
5. **Entiendo que** BERGEN'S PROMISE se comunicará conmigo a través de una plataforma de video-conferencia de salud en línea que cumple con hipaa. entiendo que hay riesgos potenciales en el uso de esta tecnología, incluyendo interrupciones y dificultades técnicas.
6. **Entiendo que** la BERGEN'S PROMISE o yo puedo interrumpir una consulta/visita de telesalud si las conexiones de videoconferencia no son adecuadas y que reanudaremos el contacto por teléfono.
7. **Entiendo que** la información de mi cita se puede compartir con otros miembros del equipo como es habitual y costumbre con las sesiones en persona con el único fin de programar, facturar y colaborar.
8. **He tenido** la oportunidad de hacer preguntas a mi gerente de cuidado sobre el uso de telesalud, incluyendo cualquier desafío de tecnología/recursos. mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica fueron discutidos en un idioma que entiendo.
9. **Entiendo que** al utilizar telesalud acepto no grabar en video ni en audio el contenido de ninguna parte de la sesión bajo ninguna circunstancia.
10. **Estoy de acuerdo** con la estipulación de que nadie debe estar presente durante la sesión que no esté específicamente designado para estar allí para la visita o la reunión. si creemos que alguien está presente en la sala o puede escuchar la conversación, la sesión se terminará inmediatamente.
11. **Estoy de acuerdo** en permanecer en un espacio privado bien iluminado y estar vestido de forma apropiada durante la sesión.

12. **Las leyes que protegen** la confidencialidad de cualquier información médica también se aplican a las reuniones en línea ya la psicoterapia.

Al Firmar este Formulario, certifico:

- ❖ **Que he leído o me han leído y/o me explicaron este formulario.**
- ❖ **Que entiendo completamente su contenido, incluyendo los riesgos y beneficios asociados con el uso de esta herramienta.**
- ❖ **Que me han dado suficiente oportunidad para hacer preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.**
- ❖ **Que le he dado oportunidad a mi gerente de cuidado que estoy dispuesto a utilizar este método de entrega de servicios cuando sea necesario.**
- ❖ **Que soy responsable de mi propia tecnología**

FIRMAS AUTHORIZADA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL/JOVEN 18+ Fecha de Firma

POR FAVOR IMPRIMA SU NOMBRE