##### Bear River Mental Health Services, Inc.

## PERMISO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN SERVICIOS DE LA SALUD TELEMENTAL

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he sido pedido de recibir servicios de la salud mental por medio de la Sistema de telecomunicación. Esta llamado “Salud Telemental.” He sido avisado de mi diagnosis y plan del tratamiento por la salud telemental. Entiendo que recibiré mi tratamiento de mi salud mental por tecnología de la videoconferencia interactiva. Entiendo que, en este tiempo, no hay riesgos por recibir servicios de la salud mental en esta manera.

Entiendo que la tecnología me será mostrado a mí y puedo ver como sirve antes de recibir cualesquiera servicios por la salud telemental. Entiendo que mi participación en la salud telemental es voluntaria y puedo negar a participar o decidir terminar en cualquier momento. Entiendo que negando a participar o a terminar de participar no será documentado en mi registro medical. He sido avisado de las consecuencias potenciales por revocar mi permiso informado de la salud telemental.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad será protegida. Entiendo que la probabilidad de la videoconferencia siendo interceptada por un extranjero es similar a la probabilidad de ser interceptada en una llamada celular. Cuando recibo servicios de la salud telemental, será avisado de quien está en el cuarto del sitio de transmisión.

Entiendo que mi proveedor de la salud mental en mi propio lugar y por el sitio de transmisión tienen acceso a cualquier información medical que pertinente de mi incluyendo mi información psiquiatra y/o psicológica, abuso de substancias, y registro de la salud mental.

**Por favor, marca la caja apropiada abajo.**

□ **Estoy de acuerdo de participar en la salud telemental.**

□ **He escogido de no participar en la salud telemental.**

## Instrucciones de Videoconferencia para el tratamiento de la Salud Telemental

Si está de acuerdo de participar en la salud telemental, por favor repasa las instrucciones de videoconferencia para el tratamiento de la salud telemental que sigue.

El equipo de tratamiento de Bear River Mental Health (BRMH) está muy animado para ofrecer servicios para la salud mental por medio videoconferencia. Investigaciones han mostrado que esta tecnología es otra manera para construir una buena relación, ensenar habilidades, y crear esperanza con las individuales servido. Mas, muchas intervenciones terapéuticas puedan ser efectivo entregado por videoconferencia como son dado cara a cara. Les damos reconocimiento por su buena disposición para conectar los servicios de telesalud por si mismo o su familiar. Si decide participar en una sesión de telesalud, por favor ser consciente que telesalud es dado mejor en un ambiente que permite:

Lugar de Privacidad y lo Mejor:

* Escoge una lugar privado donde las distracciones son mínimas y privacidad es maximizada.
* No olvida, si la camera está dirigida a una ventana, pueda prevenir una vista buena del cliente
* Otros miembros de la familia y amigos no deben ser permitidos entrar en el cuarto o área sino son invitados a entrar por su terapista.
* La transmisión no debe de ser en un baño o un cuarto donde otros pasan mucho. Un cuarto para dormir puedo ser demasiado incomodo, pero si no hay otras opciones, habla con su terapista si el cuarto sea elegido.
* Entienda que la confidencialidad es muy importante para un sitio de terapia exitoso.

Profesionalismo—clientes deben:

* Ser consciente que son observados por otro lugar por la camera. La terapista pueda ver el cliente, como el cliente pueda ver la terapista.
* Viesta como si estuviera llegando al edificio de BRMH por una sitio. Pijamas o ropa reveladora no son apropriada.
* Evita a decir groserías y comportamiento abusivas. Si la terapista se nota una situación abusiva o inapropiada, la sesión será terminado.
* Padres/Guardianes de niños de edad temprana son esperados de ser presente por la sesión entero de telesalud y disponible al terapista.

Distracciones son mínimas – Clientes deben:

* Enforcarse en la sesión con menos distracciones como posible.
* Ser disponible de terminar tareas.
* Ser listo para participar con toda su atención en sesiones, incluyendo evitando de participar en otras actividades.
* Pare otros electrónicos como televisión, radio, música, etc. y Evita de usar su celular.
* No maneja su auto duranta su sesión de videoconferencia o teléfono.
* Que consideras poner una señal de “No Molestar, estoy ocupado” hasta la sesión termina.

Nota: Si desafíos proviene que guarde la cita, habla de un plan alternativa con su terapista en avance o con su recepcionista de BRMH. Si tiene dificultad conectar a telesalud durante su cita, llame 435-752-0750 en Logan, 435-734-9449 en Brigham y 435-257-2168 en Tremonton.

**Reconocimiento y Entendimiento**

Reconozco que he leído y doy mi permiso a participar en los servicios de salud telemental debajo del acuerdo escrito arriaba. Entiendo que este documento será parte de mi registro medical.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cliente o guardián, si cliente es menor de edad (Escribe claramente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de cliente o guardián, si cliente es menor de edad. Fecha