Yo, _____, doy mi consentimiento a Fred Finch Youth & Family
(Participante/Nombre del guardián)

Services (FF), para proporcionar servicios de apoyo, incluidos, entre otros, asesoramiento sobre salud mental y / o servicios de medicamentos psiquiátricos, conmigo / mi familia a través de videoconferencia ("telesalud"). Entiendo y acepto que:

1. He decidido recibir servicios de telesalud en lugar de, o además de otras alternativas, y me doy cuenta de que esto no es lo mismo que un servicio presencial.

2. Entiendo que la telesalud puede tener beneficios, incluido un acceso más oportuno a la atención.

3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar esta tecnología. Estos riesgos, que son raros y no se pueden predecir, incluyen interrupciones, conexiones deficientes, fallas en el equipo o fallas de seguridad (por ejemplo, piratería) que resultan en acceso no autorizado y / o una violación de información privada. En algunos casos, la conexión de video podría dar como resultado una mala calidad de imagen o audio, lo que podría interferir con las decisiones u orientación proporcionadas por mi proveedor. A menos que usted o su tutor soliciten lo contrario, el estándar de FF es utilizar tecnología segura (encriptada) para estos servicios, a fin de minimizar estos riesgos.

4. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la sesión de telesalud si consideramos que la conexión de telesalud no es adecuada para la situación.

5. Es bajo, pero si existe el riesgo de que estas conversaciones de video puedan ser escuchadas por personas no invitadas cerca de mí, de forma similar a cuando se usa un teléfono. Usaré precaución cuando use mi propio equipo para asegurar que otros no puedan escuchar mis reuniones de telesalud.

6. Entiendo que la sesión de telesalud no se grabará en audio o video a menos que otorgue un consentimiento por separado, y que ambos inhabilitaremos la grabación en los dispositivos que estamos utilizando lo mejor que podamos.

7. Tendré acceso a cualquier documento escrito revisado o proporcionado durante la reunión de telesalud.

8. Los intercambios de telesalud se mantienen con los mismos estrictos estándares de confidencialidad que otros servicios. Al igual que con cualquier otro servicio, mi información privada no se divulgará a menos que la autorice o lo exija la ley. (En California, FF debe notificar a las autoridades si nos convencemos de que un cliente está a punto de dañar físicamente a alguien, a sí mismo, o si está abusando o está a punto de abusar de niños, ancianos o discapacitados).

9. Si estamos preocupados por usted o perdemos contacto con usted, o si no se presenta para una sesión de telesalud programada, nos comunicaremos con usted por teléfono para verificar su bienestar. Además, si muestra signos de estar en problemas reales, podemos comunicarnos con alguien a quien le ha dado permiso para contactar y / o servicios de emergencia.

10. La telesalud no es un servicio de emergencia, y si yo o mi hijo está experimentando una emergencia / crisis antes, durante o después de una sesión de telesalud, pediré ayuda. Algunas opciones disponibles incluyen:
    - Pedir ayuda a mi personal durante o después de la reunión o

- Si no es durante el horario comercial, llamaré a mi personal de guardia (si está disponible en mi programa) o
- Llame al 911 o
- Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda.
- También me referiré a mi plan de seguridad, si hay uno implementado.
- Si tengo pensamientos suicidas o hago planes para hacerme daño, puedo llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1- 800-273-TALK (8255) para recibir asistencia gratuita las 24 horas.

11. Mi personal de FF me ha enseñado cómo programar una sesión y usar este sistema de telesalud, incluido qué hacer si falla la conexión, que puede ser simplemente usar el teléfono.

12. He tenido una conversación directa con el personal de FF durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de la telesalud. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos y beneficios, y cualquier alternativa práctica ha sido discutida conmigo en un lenguaje que entiendo.

13. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que la negativa a firmar este formulario NO afectará mi elegibilidad o la de mi hijo para recibir servicios.

_____	_____	_____
Nombre del participante (de molde)	Participante (Firma)	Fecha
_____	_____	_____
Nombre legal del guardián (de molde)	Guardián legal (Firma)	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del personal (de molde)	Personal de FF (Firma)	Fecha

Certificación del personal para recibir el consentimiento verbal del participante / Guardián

Doy fe de que he revisado este documento con el participante / guardián mencionado anteriormente, que he confirmado su comprensión y obtenido su consentimiento verbal, y que obtendré su consentimiento por escrito lo antes posible.

_____	_____	_____
Nombre del personal (de molde)	Personal de FF (Firma)	Fecha