**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S And Associates**

**Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA**

Entiendo y acepto recibir servicios de telesalud de mi terapeuta. Esto significa que mi terapeuta y yo, a través de una conexión de video interactiva en vivo, nos reuniremos para sesiones de psicoterapia programadas bajo las condiciones descritas en este documento.

Entiendo los riesgos potenciales de la telesalud, que pueden incluir los siguientes: 1) es posible que la conexión de video no funcione o que deje de funcionar durante una sesión; 2) la transmisión de video o audio puede no ser clara; y 3) Es posible que se me pida que vaya al consultorio de mi terapeuta en persona si se determina que la telesalud no es un método de tratamiento adecuado para mí.

Reconozco los beneficios de la telesalud, que pueden incluir lo siguiente: 1) reducción del costo y el compromiso de tiempo para el tratamiento debido a la eliminación de los viajes; 2) capacidad de recibir servicios cerca de mi hogar o desde mi hogar; y 3) acceso a servicios que no están disponibles en mi área geográfica.

Doy mi consentimiento para participar en psicoterapia a través de videoconferencia. Entiendo que mi terapeuta utiliza tecnología que cumple con HIPAA para transmitir y recibir video y audio y almacena todas las notas e información relacionada con mi tratamiento de una manera que cumple con las leyes estatales y federales. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi ubicación física durante la videoconferencia esté libre de otras personas para garantizar mi confidencialidad.

Además, entiendo que está prohibido grabar mis sesiones.

Entiendo que tengo la opción de solicitar un tratamiento en persona en cualquier momento, y mi terapeuta me ayudará a programarlo. Entiendo que las limitaciones a la confidencialidad con mi terapeuta incluyen la creencia razonable de que soy un peligro para mí mismo o para los demás. Entiendo que, si mi terapeuta cree razonablemente que planeo hacerme daño a mí mismo o a otra persona, mi terapeuta se pondrá en contacto con los servicios de emergencia locales para que acudan a mi ubicación y garanticen mi seguridad.

Mi firma indica que acepto participar en la telesalud bajo las condiciones descritas en este documento.

Nombre del cliente (en letra de imprenta): Tutor legal (si la solicitud se imprime): Firma del Cliente o Responsable: Fecha: