

Alhambra Unified School District
1515 W Mission Rd, Alhambra, CA 91803 (626) 943-3410
Consentimiento Informado para Servicios de Gateway To Success

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

El propósito de este formulario de consentimiento es proporcionar a los estudiantes y tutores información que es importante tener en cuenta al decidir si continuarán sus servicios de consejería existentes por medio de Telesalud o por teléfono. Con el fin de proporcionar flexibilidad a las familias, se brindarán servicios de consejería en una combinación de consulta con maestros y padres, sesiones de Telesalud con estudiantes, tareas enviadas por correo electrónico con proyectos de aprendizaje o reflexiones, y o registros por correo electrónico si el cliente y el terapeuta no pueden proceder con sesiones en persona.

¿Qué son los servicios de Telesalud y cuándo se utilizan?

Los servicios de Telesalud se usan cuando el personal de salud mental no puede estar físicamente presente con usted para evaluar sus necesidades de salud mental y proporcionar sesiones semanales. El personal de salud mental puede estar presente en otro lugar y estar disponible para atenderlo a través de la tecnología recientemente disponible. En lugar de hablar con alguien por teléfono en otra ubicación, los servicios de Telesalud usan una cámara de video y una computadora para enviar imágenes de voz e imágenes personales (fotos) entre usted y el personal de salud mental, por lo que no solo pueden hablar entre ellos, sino que también pueden verse entre sí. Esto permite que el personal de salud mental haga una mejor evaluación de sus necesidades.

¿Cómo funcionan los servicios de Telesalud?

Usted estará en una habitación privada, solo, con un amigo, un familiar o un miembro del personal. La sala tendrá una computadora con una cámara de video. El personal de salud mental también estará en una habitación privada pero en otro lugar con el mismo tipo de equipo. Cuando la sesión esté lista para comenzar, el personal de la clínica encenderá la computadora y la cámara para que usted y el personal de salud mental puedan verse y hablar juntos. Cuando termine la sesión, el personal de la clínica apagará el equipo.

¿Cómo es diferente de una sesión regular con el personal de salud mental?

Además de que usted y el personal de salud mental no están juntos en una habitación, hay muy poca diferencia en la sesión. El personal de salud mental le pedirá y documentará la información clínica que usted comparta con él/ella, documentará el servicio que se brinda y se asegurará de que la documentación se incluya en su historial clínico para referencia futura.

¿Qué sucede si elijo no consentir los Servicios de Telesalud?

Si elige no consentir los servicios de Telesalud, no podremos brindarle servicios convenientes y fácilmente disponibles y sus servicios serán terminados.

Recursos para Aprendizaje Socio Emocional y más en el sitio de AUSD Gateway al: ausdgateway.com

Líneas Directas

- 1-877-7-CRISIS (Llamada gratuita 24/7 LA County)
- 1-800-273-TALK (Llamada gratuita, 24/7 A escala nacional)
- 1-800-SUICIDE (Llamada gratuita, 24/7 A escala nacional) 1-800-784-2433
- Línea Directa Violencia Doméstica: (562)945-3939
- Línea Directa Abuso de Niños del Condado de L.A.: 1 (800) 540-4000
- Línea Directa Nacional de Asalto Sexual: 1-800.656.HOPE (4673)

Sitios Web de Prevención de Suicidio

- Centro de Control de Enfermedades – cdc.gov
- Asociación Nacional de Psicólogos de Escuela – nasponline.org
- Línea de Vida de Prevención de Suicidio (Inglés/Español/Sordos- <https://suicidepreventionlifeline.org/>)

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Al firmar este formulario, certifico y entiendo lo siguiente:

- 1) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de las sesiones de consejería también se aplican al tele-apoyo a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, denuncia obligatoria de abuso de menores, adultos mayores o adultos vulnerables; peligro para sí mismo u otros; citación judicial)
- 2) Entiendo que el proveedor de atención de salud mental, el estudiante o el padre/tutor no permiten la grabación visual o de audio de la comunicación. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto donde la divulgación esté permitida o requerida por la ley.
- 3) Si bien la terapia de telesalud se llevará a cabo principalmente a través de videoconferencias seguras y privadas, entiendo que siempre hay algunos riesgos con los servicios de telesalud que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas. , y/o capacidad limitada para responder a emergencias.
- 4) Entiendo que los servicios de telesalud se prestan en el estado de California, EE. UU. Si el estudiante se muda fuera de California, los servicios prestados se rigen por las leyes de ese estado.
- 5) Trabajaré con mi consejero para identificar un método de comunicación alternativo (generalmente teléfono) en caso de que falle la herramienta de videoconferencia.
- 6) Seré responsable de lo siguiente: (1) proporcionar la computadora y/o el equipo de telecomunicaciones y acceso a Internet necesarios (2) organizar una ubicación que sea confidencial para las sesiones de Telesalud de mi estudiante o adolescente.
- 7) Entiendo que si el consejero/pasante está preocupado por mi estudiante o por mí o perdemos el contacto, o si mi estudiante/yo no me presento para una videoconferencia programada, el consejero/pasante se comunicará conmigo por teléfono para verificar nuestro bienestar. Además, si mi estudiante o yo estamos mostrando señales de estar en peligro, entiendo que AUSD debe contactar a las autoridades para garantizar nuestra seguridad.
- 8) Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la consejería de Telesalud en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.

Específico para Grupos de Consejería (si corresponde):

Se aplican todas las reglas de confidencialidad existentes para las sesiones grupales. Sin embargo, dado que otros miembros del grupo también participarán desde una ubicación remota, es posible que la confidencialidad de su estudiante no se mantenga si otros miembros no se encuentran en un área privada.

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones aplicable, el Código Civil y las Normas de Privacidad de FERPA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley lo permita.

___ **Sí, Yo consiento:** He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre los servicios de Consejería de telesalud y por la presente doy mi consentimiento informado. Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar el derecho de mi estudiante a futuros servicios.

___ **No, Yo rechazo** que mi estudiante participe en Consejería de telesalud y solicite actividades alternativas relacionadas con sus objetivos, como aplicaciones recomendadas, recursos, etc., y nos comunicaremos con usted si cambio de opinión.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

*** Una respuesta por correo electrónico que indique el consentimiento servirá como una firma electrónica durante las restricciones de permanencia en el hogar, según las indicaciones de la Oficina de Educación del Condado de Los Ángeles.*

Consentimiento por teléfono: el padre/tutor comprende los consejos anteriores y ha dado su consentimiento verbal para aceptar sesiones a través del soporte telefónico, pero no está firmando este Anexo de consentimiento debido a los procedimientos establecidos en respuesta a la crisis de salud pública.

 Nombre/Título del personal de Gateway de AUSD

 Firma/Fecha del contacto por teléfono

Información de contacto para el Proveedor de Consejería de telesalud:

Nombre/ Título:		Responderé a los correos electrónicos durante estas horas de oficina:
Correo Electrónico:		

Un contacto personal cercano, como otro cuidador o miembro de la familia en el hogar en caso de que no me puedan localizar:

 Nombre/Relación al Estudiante

 Número de Contacto

 Nombre/Relación al Estudiante

 Número de Contacto

 Nombre/Relación al Estudiante

 Número de Contacto

 Firma del Padre/Tutor

 Fecha

 Firma del Estudiante

 Fecha