

Oshita Counseling

Norma Oshita, LMFT MFC #103325
78-401 HWY 111, Suite V, La Quinta, CA 92253
760.972.6882 • www.OshitaCounseling.com

CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA (COMMUNICACION EN LÍNEA Y TELEFONICA)

Este consentimiento/descargo de responsabilidad es para los clientes que han optado por la comunicación a través de internet o por teléfono debido no poder venir a nuestra oficina por razón importante. Esto puede significar que la comunicación se llevará a cabo por teléfono o computadora en tiempo real u otras formas. Comunicación puede incluir correo electrónico, mensaje directo u otros. Además, la documentación con información privada puede ser transferida en línea. Se toman todas las medidas de seguridad para proteger su información, siempre hay un riesgo de violación de confidencialidad, pérdida debido a problemas técnicos, o comunicación rota.

Por favor, revise lo siguiente y confirme como señal de entendimiento.

1. Entiendo que como cliente, deseo participar en una comunicación de telemedicina.
2. Oshita me ha asesorado y explicado cómo la telemedicina como el teléfono y tecnología de conferencia por internet no será lo mismo que una visita directa debido a que no estaré en la misma oficina que mi terapeuta.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales de esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
4. Entiendo que Oshita Counseling o yo podemos suspender la consulta de telemedicina/visita si se considera que las conexiones del uso de los electrónicos no son adecuados para la situación.
5. Entiendo que información personal puede ser compartida y Oshita Counseling hará lo posible para proteger la confidencialidad de la información obtenida; pero no se garantiza.
6. Se me han ofrecido alternativas a la telemedicina; se me explicó los riesgos.
7. Entiendo que cuestionarios y formularios pueden ser enviados en línea y algunas partes del proceso pueden exigirme a asistir en persona.
8. He tenido una conversación directa con mi terapeuta, durante el cual tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto a esta comunicación online/telemedicina. Mis preguntas han sido contestadas y los riesgos, beneficios y prácticas alternativas se repasaron en un idioma.

Al firmar este formulario, certifico que:

He leído o me han leído esta forma y entiendo lo que quiere decir

Comprendo perfectamente su contenido, incluyendo los riesgos y beneficios de la comunicación en línea/telemedicina.

Doy consentimiento a Oshita Counseling para comunicarse conmigo en el internet.

Cliente/padre/guardian

Fecha