

### ***Polizas y Procedimientos de Teleterapias***

Pediatric Psychology Associates prove servicios de teleterapia a individuos y familias para complementar las sesiones en la oficina, así como a las personas que pueden tener conflictos de transporte o programación de cita en la oficina. Este documento se le ha proporcionado para describir nuestros procedimientos para servicios de teleterapia, en caso de que usted o su familia decidan utilizar los servicios. Instrucciones están incluidas de cómo conectarse con su terapeuta para sus sesiones de teleterapia, e información importante acerca de las polizas de Pediatric Psychology Associates sobre servicios de telesalud. Por favor, lea completamente este documento y guárdelo para sus registros.

1. Pediatric Psychology Associates utiliza Doxy.me ([www.Doxy.me](http://www.Doxy.me)) para sus sesiones de teleterapia. El programa es accesible a través de un navegador web en su computadora o una aplicación gratuita de descarga en teléfonos móviles. Doxy.me es compatible con HIPAA y es fácil de usar. Al programar su cita de teleterapia, se le dará la dirección web de "sala de espera" para su terapeuta. Esta será la dirección que usará cada vez que tenga una sesión de teleterapia. Puede acceder a la sala de espera en cualquier momento y su terapeuta podrá ver que se ha conectado. En el momento de su cita, su terapeuta iniciará la sesión de teleterapia. Tenga en cuenta que su computadora o dispositivo móvil necesitará conexión de internet, una cámara web y un micrófono.
2. En el caso de una desconexión, debe intentar volver a conectar con la sala de espera de Doxy.me de su terapeuta. Si la reconexión no es posible, llame a la oficina al 305-936-1002 y su terapeuta continuará su sesión por teléfono o puede optar por reprogramar la cita.
3. La conveniencia de las sesiones de teleterapia, junto con la tendencia a la multi-tarea comunicacion a través de tecnología tiende a conducir ver las sesiones de teleterapia de manera diferente a una visita en la oficina (por ejemplo, tratar de hacer su sesión "en movimiento" o haciendo otras cosas). Ver una sesión de teleterapia de esta manera con frecuencia conduce a distracciones, interrupciones durante la sesión, pérdida de privacidad y una reducción general en la eficacia del tratamiento. Es muy importante que usted trate su sesión de teleterapia igual que a una visita de oficina. Eso significa que usted tendrá que estar en un lugar tranquilo, privado que está libre de distracciones e interrupciones. Si en el momento de su sesión su terapeuta descubre que no está en un lugar adecuado para la cita, él/ella puede optar por no continuar con la sesión, momento en el cual usted sería responsable del pago de la sesión como si fuera sesión Perdida por ausencia.
4. Su terapeuta no está autorizado a realizar teleterapia a través de cualquier medio que no sea Doxy.me (es decir, Skype, FaceTime, etc.) ya que estos no cumplen con la criteria requerida para el cumplimiento de HIPAA.
5. Debido a que usted no está físicamente en la oficina para remitir el pago, los arreglos para el pago de sesiones de teleterapia deben hacerse antes de la sesión.

Si tiene preguntas sobre nuestras polizas y procedimientos de teleterapia, no dude contactar a su terapeuta o en llamar a la oficina al 305-936-1002.

### ***Acuerdo de Servicios de Telesalud y Consentimiento Informado***

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de paciente o guardian)  
consiento a participar en los servicios de telesalud con *Pediatric Psychology Associates* (PPA).

Los *servicios de telesalud* se definen como comunicación entre usted y nuestra práctica vía teléfono, correo electrónico, mensaje de texto, videoconferencia, o cualquier otro medio remoto que utiliza transmisión electrónica. Esto incluye lo que se define como "teleterapia" (intervención psicoterapéutica realizada remotamente vía videoconferencia o teléfono), así como el uso de la tecnología para fines administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas con respecto a la programación de citas). Entiendo que telesalud permite que mi terapeuta pueda diagnosticar, consultar, dar tratamiento, educar, transferir datos médicos y utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos con respecto a mi tratamiento. Este formulario de consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativas). He leído y entiendo la siguiente información importante con respecto a los servicios de telesalud:

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para la psicoterapia en persona, así como se indica en el formulario de consentimiento informado de PPA,
2. Entiendo que aunque se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los clientes sea efectivo y esto incluya servicios de telesalud.
3. Entiendo que los servicios de telesalud corren el riesgo de un fracaso tecnológico que podría causar distorsión o interrupción total.
4. Entiendo que si mi terapeuta cree que los servicios de tratamiento de telesalud (por ejemplo, psicoterapia vía videoconferencia) no son una intervención apropiada, él/ella hará una referencia apropiada para los servicios que juzguen más apropiados para mis circunstancias. Esto puede incluir una recomendación para tratamiento en persona.
5. Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otra manera tendría derecho.
6. Entiendo que PPA usa métodos compatibles con HIPAA para los servicios de telesalud. Sin embargo, entiendo que ningún uso de la tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz que elija mantener es mi responsabilidad y no la responsabilidad de PPA.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma de de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha