



children's home & aid

9 de abril de 2020

Children's Home & Aid – Formulario de Consentimiento Informado de Telesalud

Yo doy mi consentimiento para participar en telesalud de Children's Home & Aid/[Nombre del Programa] para apoyar y continuar los servicios que estoy recibiendo durante esta emergencia nacional de salud. Yo entiendo plenamente que telesalud ocurrirá primariamente por medio de audio interactivo, video, teléfono, y/u otras comunicaciones de audio/video.

Yo entiendo lo siguiente con respecto a telesalud:

1. Yo tengo el derecho de remover o quitar el consentimiento para participar en los servicios de telesalud a cualquier hora sin impactar mi derecho a recibir futuros servicios o mi derecho a cualquiera de los beneficios ofrecidos en cualquier programa a los cuales, de otra manera, sería elegible.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también son aplicables a telesalud. Como tal, yo entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de servicios telesalud es normalmente confidencial. Hay excepciones en la confidencialidad que incluye, pero no se limita a, reportar abuso infantil, inminente daños expresados hacia su persona y otras personas, o como parte de procedimientos legales donde la información es requerida por la corte.
3. Yo entiendo que existen riesgos y consecuencias en el uso de telesalud incluyendo, pero no limitado, a la posibilidad de que a pesar de intentos razonables por parte de Children's Home & Aid que: la transmisión de mi información personal pudiera ser alterada o distorsionada por fallas técnicas y/o la transmisión de mi información personal pudieran ser alteradas u obtenidas por personas no autorizadas.
4. Yo entiendo que los servicios basados en telesalud pudieran no ser completos y extensos como los recibidos en persona.
5. Yo entiendo que el uso de servicios de audio y video no son 100% seguros y que pueden haber problemas de conectividad y confidencialidad. Se hará todo intento de mantener la información confidencial mientras se usen estos sistemas, pero no se puede garantizar la confidencialidad. Al consentir recibir los servicios de telesalud, yo acepto que estoy consciente de estos problemas y los riesgos asociados a los mismos.
6. Yo entiendo que la disponibilidad de servicios de telesalud es limitada y que es posible no poder contactar a mi trabajador/a fuera de citas programadas. Yo también entiendo que en caso de emergencia debería (plan de crisis específicas del programa), llamar al 911 o ir al hospital más cercano o instalación para crisis.

[Pregunte al participante del programa si tiene alguna pregunta con respecto al contenido]

Al otorgar mi consentimiento verbal, yo reconozco que he discutido los puntos destacados arriba, que todas las preguntas me han sido contestadas satisfactoriamente, y que estoy dispuesto/a a participar en los servicios de telesalud hasta el final de la corriente crisis de pandemia o antes. Si decido retirar mi consentimiento antes de que acabe la pandemia, yo notificaré a mi trabajador/a verbalmente.