



- ✉ info@mailppa.com
- 🌐 www.SouthFloridaTherapists.com
- 📞 (305) 936-1002 📠 (305) 936-1022
- 📍 South Florida & New York Tri-State Area
- 📍 Telepsychology Across PSYPACT States

### *Políticas y Procedimientos de Telemedicina*

Pediatric Psychology Associates (PPA) proporciona Servicios de Telemedicina cuando es apropiado. Este documento contiene procedimientos para esos servicios junto con información importante sobre las Políticas de Telemedicina de PPA. **Por favor, lea este documento completamente y guárdelo para sus registros.**

1. **Plataforma:** PPA utiliza RingCentral (una plataforma compatible con HIPAA) para sus sesiones de telemedicina. RingCentral es accesible a través de un navegador web en su computadora y/o mediante una aplicación gratuita. Se le proporcionará un enlace para conectarse a su sesión de telemedicina con anticipación.
2. **Desconexiones:** En caso de una desconexión durante su sesión de telemedicina, intente reconectarse. Si no es posible reconectarse, llame a la oficina al 305-936-1002. Su terapeuta puede optar por continuar la sesión por teléfono o reprogramarla.
3. **Etiqueta y Ubicación de las Sesiones de Telemedicina:** La conveniencia de las sesiones de telemedicina, junto con nuestra tendencia a realizar múltiples tareas mientras usamos tecnología, a menudo lleva a los pacientes a percibir estas sesiones de manera diferente a una visita en la oficina (por ejemplo, intentar realizar la sesión "sobre la marcha" o mientras hacen otras cosas). Abordar una sesión de telemedicina 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 trate su sesión de telemedicina igual que una visita en la oficina.** Esto significa que deberá estar en un lugar tranquilo y privado, libre de distracciones e interrupciones. Debe cerrar todas las demás aplicaciones y poner sus dispositivos en modo silencioso o "no molestar" para que pueda concentrarse al 100% en su sesión. También debe estar sentado en posición vertical en un asiento (en lugar de estar acostado en una cama o en un sofá, caminando, etc.). **Si en el momento de su sesión su terapeuta determina que no se encuentra en un lugar adecuado para la cita, él/ella puede optar por no continuar con la sesión, en cuyo caso se tratará como una inasistencia o cancelación tardía.**
4. Los pacientes aceptan abstenerse de grabar, fotografiar, reproducir, publicar o de cualquier otra forma mantener copias de las sesiones.
5. Dado que no está físicamente en una oficina para realizar el pago, los arreglos para el pago de las sesiones de telemedicina se realizarán antes de la sesión.
6. Si está recibiendo Servicios de Telemedicina, es esencial que tengamos un plan para emergencias. Se requiere que proporcione la siguiente información junto con su consentimiento para contactar y comunicarse con estas personas, incluyendo compartir información de atención médica si se considera necesario:
  - a. Nombre e información de contacto de una persona de emergencia que pueda ayudar en caso de una crisis.
  - b. Nombre y número de teléfono de la sala de emergencias más cercana a su ubicación.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras Políticas y Procedimientos de Telemedicina, no dude en discutirlos con su terapeuta.



- ✉ info@mailppa.com
- 🌐 www.SouthFloridaTherapists.com
- 📞 (305) 936-1002 📠 (305) 936-1022
- 📍 South Florida & New York Tri-State Area
- 📍 Telepsychology Across PSYPACT States

**Acuerdo de Servicios de Telemedicina y Consentimiento Informado**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del Paciente/Tutor), por la presente doy mi consentimiento para participar en los Servicios de Telemedicina con Pediatric Psychology Associates (PPA).

Los servicios de telemedicina se definen como la comunicación entre usted y nuestra organización a través de teléfono, correo electrónico, mensajes de texto, videoconferencias o cualquier otro medio remoto que utilice tecnología de transmisión electrónica. Esto incluye lo que se define como "teleterapia" (intervención psicoterapéutica realizada de forma remota mediante videoconferencias o llamadas telefónicas), así como el uso de tecnología para propósitos administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas para programar citas). Entiendo que la Telemedicina permite a mi terapeuta diagnosticar, consultar, tratar, transferir datos médicos y educar utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos relacionada con mi tratamiento. Este Formulario de Consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativa).

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telemedicina bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica en la psicoterapia presencial, tal como se describe en el Formulario de Consentimiento Informado de PPA.
2. Entiendo que, si bien se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo para tratar una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todos los tratamientos para todos los clientes sean efectivos, y esto incluye los Servicios de Telemedicina.
3. Entiendo que los Servicios de Telemedicina conllevan el riesgo de fallos tecnológicos que podrían causar distorsión o interrupción completa.
4. Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otro modo tendría derecho.
5. Entiendo que PPA utiliza métodos compatibles con HIPAA para los Servicios de Telemedicina. Sin embargo, ningún uso de tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o mensaje de voz que elija conservar es mi responsabilidad y no la responsabilidad de PPA.
6. Doy mi consentimiento para que mi proveedor se comunique con mi contacto de emergencia o con los servicios de emergencia locales si surge una situación que requiera intervención inmediata. Esto puede incluir compartir información médica privada si se considera necesario.

<b>Persona para Contacto de Emergencia</b>	<b>Local Emergency Services</b>
Nombre:	Hospital mas cercano:
Relacion con el Paciente:	Numero telefonico:
Numero telefonico:	

Reconozco que he leído y entiendo esta información importante sobre los Servicios de Telemedicina.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha