



CMM Mental Health & Family Therapy, Inc.

29995 Technology Dr., Suite 101

Murrieta, CA 92563

Phone (951)249-7288 Ext 101 Fax (951) 654-3526

<http://www.cmmmentalhealth.com>

Consent and Statement of Understanding Regarding Telehealth Sessions

Name _____ Date of Birth _____

Home Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Email _____ Phone _____

Emergency Contact name: _____

Emergency Contact number: _____

Por la presente autorizo a CMM Mental Health Family Therapy, Inc. y a sus terapeutas a usar la tecnología de Telehealth para nuestras sesiones de terapia. Telehealth es un servicio proporcionado a través de audio / visual, bidireccional, comunicación en tiempo real, utilizando un software privado, Telehealth es HIPAA , tenga en cuenta que FaceTime, Messenger y Skype no se utilizan para Telehealth.

Entiendo que soy responsable de proporcionar mi propio dispositivo de comunicación (computadora, teléfono, tableta, etc.).

Entiendo que bajo ninguna circunstancia no grabaré ningún contenido de la sesión realizada a través de Telehealth, ni mi terapeuta lo hará.

Telesalud es confidencial al igual que la terapia cara a cara, las limitaciones a la confidencialidad también se aplican y también autorizo a mi terapeuta a ponerse en contacto con mi contacto de emergencia (arriba) si cree que puedo estar en peligro durante la sesión de terapia.

Entiendo que hay riesgos y consecuencias de Telehealth, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi psicoterapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

Entiendo que existe la posibilidad de que nuestra tecnología falle durante una sesión de Telesalud, y que pueda haber una interrupción; la necesidad de continuar por teléfono; o la necesidad de reprogramar una cita.

Entiendo que si mi psicoterapeuta cree que sería mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales) discutiré esto más con mi terapeuta.

Entiendo que mi terapeuta sólo tiene licencia en el estado de California. Entiendo que si tengo que viajar o mudarme fuera del estado, necesitare obtener otros servicios de salud mental.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando mi aviso por escrito. Puedo especificar la fecha, el evento o la condición en la que expira este contenido. Si no se indica ninguno, y si no se recibe ningún aviso previo de revocación, este consentimiento expirará un año después de la fecha iniciada.

Entiendo que puedo beneficiarme de Telehealth, pero esos resultados no pueden ser garantizados o asegurados.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Lo he discutido con mi psicoterapeuta, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Este consentimiento de Telehealth es una adición a la información ya firmada en la Declaración de Política del Cliente y Consentimiento para el tratamiento.

Signature of Client _____ Date _____

Client Signature (age 14 and over)

_____ Date _____

Parent/Guardian of Minor

_____ Date _____