

## Consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio

### Consentimiento para tratamiento ambulatorio

Este documento es para obtener su consentimiento informado para la evaluación y tratamiento. Por favor pida aclaraciones si no entiende completamente las recomendaciones.

Por medio del presente documento yo doy mi consentimiento para la evaluación psiquiátrica y el tratamiento subsecuente, sujeto a que mi involucramiento este en curso.

Tengo el derecho a que me expliquen, a mi entera satisfacción, los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, incluyendo el no tener ningún tipo de tratamiento. Comprendo que en cualquier momento podría rehusarme a cualquier intervención en la que no desee participar.

### Participación en Servicios de Telemedicina

Para servir mejor a las necesidades de la comunidad, algunos servicios de atención para la salud del comportamiento están ahora disponibles por medio de comunicaciones de videos interactivos, algunas veces llamados "telemedicina". Usando la telemedicina, usted podría ser evaluado y tratado por un proveedor desde una ubicación remota. Debido a que este podría ser un tipo de servicio distinto al que usted ya conoce, se le proporciona la siguiente información.

- El proveedor en la ubicación remota tiene una licencia para ejercer en el estado de Kansas y usted será informado acerca del tipo de licencia que posee.
- Sera informado si hay personal adicional presente en la ubicación remota y tendrá la oportunidad de solicitar que no estén presentes.
- Los proveedores de atención de salud en ambas ubicaciones, la suya y la remota, tendrán acceso a cualquier información médica relevante acerca de usted, incluyendo cualquier información psiquiátrica o psicológica, uso de drogas y/o alcohol, y registros sobre su salud mental.
- El proveedor en la ubicación a distancia documentará el servicio y la información será compartida entre los proveedores en su ubicación y en la ubicación remota.
- Su privacidad y confidencialidad estará protegida. La probabilidad de que los videos interactivos sean interceptados es similar a la probabilidad de que una llamada telefónica sea interceptada.

Hay un ligero riesgo de que el funcionamiento del equipo falle, lo cual podría interrumpir el servicio.

Su participación en telemedicina es voluntaria y podría rehusarse a participar en ella o detener su participación en cualquier momento. Si se rehúsa a participar o decide detener su participación en cualquier momento, usted puede buscar servicios de salud del comportamiento a través de Prairie View (si están disponibles) o cualquier otro proveedor de su elección. Esto podría traer como resultado retrasos en el servicio, necesidad de viajar o los riesgos asociados con tener retrasos en los servicios de atención para la salud del comportamiento.

Inicial  
Aquí

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para usar telemedicina.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente **en letra de molde**

Firme  
Aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante de Prairie View

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante **en letra de molde**

Firme  
Aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante  
(Por ejemplo, Padre, Tutor, Poder Notarial, etc.)

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_