

## **Consentimiento informado para la telepsiquiatría**

### **Introducción a la**

La telepsiquiatría implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y / o subespecialistas. Methodist Services utiliza la telepsiquiatría para complementar la prestación de visitas al consultorio psiquiátrico con el fin de brindar un acceso eficiente a una atención de salud mental de calidad. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos del paciente
- Audio y video bidireccional en vivo

Los sistemas electrónicos proporcionados por un proveedor externo, Genoa Healthcare Telepsychiatry y / o Doxy.Me, incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra Corrupción intencionada o no intencionada.

### **Beneficios esperados:**

- Mejor acceso a la atención de salud mental al permitir que un paciente permanezca en su oficina local mientras consulta con profesionales de la salud en sitios distantes / otros.
- Evaluación y gestión de medicamentos más eficiente. (Tiempos de espera reducidos)
- Flexibilidad en la prestación de servicios para situaciones que impondría una limitación a las citas en el consultorio, por ejemplo, emergencia nacional COVID-19.
- Obtención de la experiencia de un especialista a distancia.

### **Posibles riesgos:**

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telepsiquiatría. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir que el médico y el consultor tomen decisiones médicas adecuadas;
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallos del equipo;
- Aunque se hace todo lo posible por cifrar de forma segura la prestación del servicio de telepsiquiatría, en casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal;

**Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telepsiquiatría, y que ninguna información obtenida en el uso de la telepsiquiatría que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a denegar o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telepsiquiatría, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica puede estar disponibles para mí y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi proveedor me ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la telepsiquiatría puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telepsiquiatría en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.

**Consentimiento del paciente para el uso de telepsiquiatría**

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telepsiquiatría, la he discutido con mi médico o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telepsiquiatría en mi atención médica.

Por la presente autorizo a Methodist Services Community Counseling Services a utilizar la telepsiquiatría en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

**Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si es firmante autorizado, relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Se me ha ofrecido una copia de este formulario de consentimiento (iniciales por favor) \_\_\_\_\_