

¡Bienvenido a Solano County Behavioral Health!

Una parte importante de los servicios iniciales es entender el proceso. Lea la siguiente información para que pueda tomar decisiones informadas sobre lo que está autorizando para los servicios de tratamiento. Hable con su proveedor de tratamiento sobre cualquier pregunta que tenga.

Estos formularios se encuentran en:

https://www.solanocounty.com/depts/bh/access_to_services/default.asp

Consentimiento para los servicios de salud mental

Acepto recibir voluntariamente un tratamiento clínico ambulatorio proporcionado por Solano County Behavioral Health. Entiendo que los servicios de salud mental proporcionados por el condado de Solano pueden incluir, entre otros, la evaluación, la psicoterapia individual, la terapia de grupo, los grupos psicoeducativos, la gestión de casos, el apoyo entre pares, los servicios de rehabilitación y la administración de medicamentos. El tipo y el alcance de los servicios que puedo recibir se determinarán después de una evaluación inicial y de hablar con mis proveedores de tratamiento.

Comprendo que al autorizar el tratamiento, mi información de salud personal puede intercambiarse de manera limitada únicamente con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo autorice la ley. Entiendo que mis proveedores de tratamiento deben compartir información confidencial limitada en las siguientes circunstancias:

- Si el proveedor de tratamiento tiene motivos fundados para creer que puedo hacer daño a otra persona o a mí mismo.
- Si el proveedor de tratamiento tiene motivos fundados para creer que un niño está siendo maltratado física o sexualmente o que está siendo descuidado.
- Si el proveedor de tratamiento tiene buenas razones para creer que un adulto mayor (de 65 años o más) o un adulto dependiente (de 18 a 64 años que tiene limitaciones físicas o mentales que restringen su capacidad) está siendo maltratado física o económicamente, descuidado, abandonado u otro tratamiento que provoque daño físico, dolor o sufrimiento mental.
- Si la ley exige lo contrario, tal como se describe en el Aviso de prácticas de la privacidad (NPP), del que me han proporcionado una copia.

Mi información está protegida por la ley de California y las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Todas las imágenes o información identificable sobre mí que Solano County Behavioral Health divulgue (por ejemplo, por fax, correo electrónico, correo o copia impresa) son confidenciales.

Entiendo que los Servicios de Solano County Behavioral Health son un entorno de aprendizaje y, como tal, los servicios son proporcionados por una variedad de diferentes profesionales de la salud mental. Por ejemplo, algunos de estos proveedores de tratamiento pueden estar en formación (por ejemplo, estudiantes, pasantes) y algunos proveedores de tratamiento pueden no tener licencia. Todos los profesionales sin licencia y los que están en formación están supervisados por profesionales con licencia. Comprendo que tengo derecho a solicitar, por cualquier motivo (por ejemplo, privacidad, comodidad, preferencia) en cualquier momento, que los alumnos en formación no participen en parte o en la totalidad de mi tratamiento.

Entiendo que el tratamiento (psicoterapia, medicamentos, etc.) es voluntario (a menos que lo ordene un tribunal) y, si bien el tratamiento puede brindar beneficios, también existen riesgos. Los beneficios del tratamiento pueden incluir el alivio total o sustancial de los síntomas y/o la mejora del funcionamiento social, interpersonal, ocupacional o educativo. A menudo, la terapia conduce a mejores relaciones, a soluciones a problemas específicos y a una reducción significativa de los sentimientos de angustia. Los riesgos asociados con no someterse a tratamiento podrían incluir una mayor exacerbación de los síntomas y/o una disminución temporal del funcionamiento social, interpersonal, ocupacional o educativo. Dado que, con frecuencia, la terapia implica hablar de aspectos desagradables de la vida, entiendo que puedo experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, enfado, frustración, soledad e impotencia, pero no hay garantías de lo que experimentaré.

Al firmar y rubricar el formulario de acuerdo de consentimiento asociado, acepto participar en los servicios de tratamiento adecuados proporcionados por Solano County Behavioral Health. Tengo derecho a negarme a participar en el tratamiento y puedo retirar mi consentimiento y dejar de participar en el tratamiento en cualquier momento. Si tengo alguna pregunta sobre este formulario de consentimiento o sobre los servicios ofrecidos, puedo analizarlo con mis proveedores de tratamiento. Puedo responder con conocimiento e inteligencia a las preguntas sobre mi tratamiento y participar en las decisiones sobre ese tratamiento. He leído y entiendo perfectamente lo anterior y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta y mis preguntas han sido respondidas.

Consentimiento para servicios de telesalud

Acepto recibir voluntariamente un tratamiento clínico de telesalud (tratamiento clínico a través de audio/video o teléfono simultáneos) proporcionado por Solano County Behavioral Health. La tecnología que utilizamos es segura. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de red y software para proteger la confidencialidad de la identidad del paciente y los datos de imágenes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos a fin de garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. (Código de Negocios y Profesiones. 2290.5. Código de Salud y Seguridad 123149.5)

Al utilizar los servicios de telesalud, se espera que tanto el proveedor como usted:

- Estén en un espacio privado para no ser escuchados y mantener la confidencialidad.
- No grabe ni capture ninguna parte de la reunión de telesalud.
- No realicen ni acepten ninguna otra comunicación en su teléfono durante la reunión de telesalud (por ejemplo, llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, redes sociales).
- Todos los proveedores que se dediquen a la práctica de la terapia matrimonial y familiar, la psicología educativa, el trabajo social clínico o el asesoramiento clínico profesional a través de la telesalud proporcionarán al paciente su licencia o número de registro y el tipo de licencia o registro al iniciar el servicio de telesalud.
- Al iniciar el servicio de telesalud, el proveedor solicitará y documentará los esfuerzos razonables para determinar la información de contacto de los recursos relevantes, incluidos los servicios de emergencia, en el área geográfica del paciente.
- Cada vez que se brinden servicios de telesalud, el proveedor documentará lo que obtendrá verbalmente del cliente que es el nombre completo y la dirección del cliente en la ubicación actual, al comienzo de cada sesión de telesalud; y evaluará si el cliente es apropiado para la telesalud, lo que incluye, entre otros, la consideración de la situación psicosocial del cliente.

Beneficios:

- Recibir servicios en su propio espacio privado
- Eliminar la necesidad de trasladarse
- Comodidad para acceder a los servicios de salud
- Acceder a una variedad de diferentes tipos de proveedores
- Reducir el riesgo de entrar en contacto con otras personas que puedan tener una enfermedad infecciosa

Riesgos:

- Si hay una mala conexión a Internet o al programa, puede ser más difícil para el proveedor comprender o evaluar lo que sucede durante la reunión
- La telesalud solo a través del audio puede no permitir un tratamiento y una participación óptimos
- Retrasos en el tratamiento o evaluación debido a deficiencias o fallas del equipo
- En raras ocasiones, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información personal de salud
- Limitaciones al intentar proporcionar o intercambiar materiales escritos
- Es posible que aún sea necesario un examen físico después de una cita de telesalud.

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Le informaré al proveedor mi ubicación al comienzo de la reunión de telesalud. Entiendo que debo estar en el estado de California.
2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud personal también se aplican a la telesalud, y que la información obtenida en el uso de telesalud no se divulgará sin mi consentimiento. Esto no incluye excepciones de confidencialidad ya establecidas (por ejemplo, peligro para sí mismo o para otras personas o sospecha de abuso).
3. Entiendo que pueden estar disponibles para mí una variedad de métodos alternativos de salud mental y/o atención psiquiátrica, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento.
4. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de telesalud en mi tratamiento, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
5. Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos que pueden prestarse a través de la telesalud mediante una visita presencial e individual.
6. Comprendo que el uso de la telesalud es voluntario y que el consentimiento para el uso de la telesalud se puede retirar en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos de Medi-Cal en el futuro.
7. Comprendo que existe la cobertura de Medi-Cal para los servicios de transporte para las visitas presenciales cuando otros recursos disponibles se hayan agotado razonablemente.
8. Toda la información médica transmitida durante la prestación de atención médica a través de la telemedicina pasa a formar parte del registro médico del paciente mantenido por el proveedor de atención médica autorizado.

Consentimiento para correo electrónico y/o mensaje de texto

Si el correo electrónico o los mensajes de texto se utilizarán para comunicaciones adecuadas, como la telesalud, los recordatorios de citas, la educación de los clientes y los recursos comunitarios, los clientes deben dar su consentimiento. **Debido a la naturaleza insegura de las comunicaciones por correo electrónico/ mensaje de texto, Solano County Behavioral Health limitará la información clínica/médica o el asesoramiento clínico/médico del cliente al mínimo necesario para comunicarse con usted.**

Riesgos:

- El correo electrónico/mensaje de texto se pueden distribuir, reenviar y almacenar en numerosos archivos impresos y electrónicos.
- El correo electrónico/mensaje de texto pueden transmitirse inmediatamente en todo el mundo y destinatarios no deseados pueden recibirlos.
- Los remitentes de correo electrónico/mensaje de texto pueden fácilmente malinterpretar un correo electrónico o un mensaje de texto.
- El correo electrónico/mensaje de texto es más fácil de falsificar que los documentos manuscritos o firmados.
- Es posible que existan copias de seguridad del correo electrónico/mensaje de texto incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos y los mensajes de textos transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico/mensaje de texto se pueden interceptar, alterar, reenviar o utilizar sin autorización ni detección.
- El correo electrónico/mensaje de texto se pueden utilizar para introducir virus en los sistemas informáticos.

Condiciones para el uso del correo electrónico y/o el mensaje de texto

Solano County Behavioral Health utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida mediante el cifrado de la información. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, Solano County Behavioral Health no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto. Si desean utilizar este medio de comunicación, los clientes deben dar su consentimiento para el uso del correo electrónico o el mensaje de texto para las comunicaciones con los clientes. El consentimiento para el uso del correo electrónico o el mensaje de texto incluye el acuerdo con lo siguiente:

1. Todos los correos electrónicos o mensajes de texto enviados o enviados por usted se imprimirán y formarán parte de la historia clínica. Las personas autorizadas por ley para acceder al registro médico pueden revisar esos correos electrónicos o mensajes de texto.
2. Solano County Behavioral Health se esforzará por leer y responder sus consultas por correo electrónico o mensaje de texto dentro de un período de tiempo razonable, pero no puede garantizar que se lea y responda ningún correo electrónico o mensaje de texto en particular dentro de un período de tiempo específico. **No utilice el correo electrónico o el mensaje de texto para emergencias médicas, problemas urgentes u otros asuntos urgentes.**
3. Si necesita una respuesta de Solano County Behavioral Health y no ha recibido una dentro de un plazo razonable, es su responsabilidad hacer un seguimiento para

determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico o el mensaje de texto y cuándo responderá el destinatario.

4. No debe utilizar el correo electrónico o el mensaje de texto para la información médica confidencial, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, el SIDA/VIH, los planes de diagnóstico y tratamiento de salud mental, las discapacidades del desarrollo o el abuso de sustancias. Si decide comunicar dicha información confidencial por correo electrónico o mensaje de texto, tenga en cuenta los riesgos identificados anteriormente.
5. Es su responsabilidad hacer un seguimiento y/o programar una cita si se justifica.

Formas alternativas de comunicación

También puede comunicarse con el Solano County Behavioral Health por teléfono o durante una cita programada. Se deben realizar citas para analizar cualquier tema nuevo, así como cualquier información médica confidencial.

Finalización de la relación de correo electrónico y/o mensaje de texto

Tanto usted como Solano County Behavioral Health tendrán derecho a terminar inmediatamente la relación por correo electrónico o mensaje de texto si se determina que hubo una violación de los términos y condiciones establecidos anteriormente, o si ya no desea participar en comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto. La relación de correo electrónico/mensaje de texto entre Solano County Behavioral Health y usted terminará en caso de que Solano County Behavioral Health ya no desee utilizar el correo electrónico o el mensaje de texto para comunicarse de esa manera.

**Complete el formulario “Acuerdo de consentimiento”
para indicar cuál de los elementos anteriores acepta.**