

AGENCIA DE CUIDADO DE LA SALUD DEL CONDADO DE ORANGE
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

Consentimiento Informado para Servicios

De acuerdo con las leyes vigentes, se me ha explicado lo siguiente: la naturaleza y el propósito de la evaluación propuesta (que puede incluir pruebas psicológicas), la naturaleza de la psicoterapia, terapias alternativas y otros métodos de tratamiento, incluyendo la alternativa de no recibir tratamiento, y entender los riesgos involucrados. Doy consentimiento para recibir los siguientes servicios, según sean necesarios para mi salud y bienestar, ya sea de manera presencial o mediante telesalud:

1. Evaluación
2. Desarrollo del Plan
3. Rehabilitación Psicosocial
4. Consejería o Terapia Individual
5. Educación o Terapia Grupal
6. Apoyo con Medicamentos
7. Manejo de Casos Específicos (por ejemplo, referencias, enlaces)
8. Servicios de Compañeros (Peer Services)
9. Detección supervisada de sustancias y otras drogas que afectan mi salud y bienestar

Entiendo que la participación en los Sistemas de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) o en el Plan de Salud Mental (MHP) es voluntaria y no se considerará un requisito previo para acceder a otros servicios comunitarios.

Entiendo que los servicios mencionados anteriormente se me pueden brindar en persona o a través de telesalud, cuando estén disponibles y mi proveedor lo considere apropiado.

La telesalud implica el uso de audio sincrónico (solo audio) o video sincrónico para interactuar conmigo, consultar con mi proveedor de atención médica y/o revisar mi información médica y de salud mental con el propósito de diagnóstico, servicios como los descritos anteriormente, seguimiento y/o educación. Durante los servicios de telesalud, se pueden discutir detalles de mi historial médico, mi historial de salud mental e información personal de salud conmigo y/o con otros profesionales de la salud a través de la tecnología de telecomunicaciones.

El posible riesgo de los servicios de telesalud es que podría haber una falla parcial o total del equipo utilizado, lo que podría resultar en una incapacidad del personal de salud mental de completar los servicios de salud mental. Otro riesgo potencial de la telesalud podría ser que, debido a mi condición específica de salud mental o por problemas técnicos, aún sea necesaria una consulta en persona después de la cita de telesalud. Además, en circunstancias excepcionales, los protocolos de seguridad podrían fallar y causar una violación de la privacidad. La alternativa a la telesalud sería una cita en persona.

Entiendo lo siguiente con respecto a mi participación en los servicios de telesalud:

- Tengo derecho a acceder a los servicios de manera presencial o a través de telesalud (cuando esté disponible y sea clínicamente apropiado).
- El uso de la telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento para su uso en cualquier momento sin afectar mi capacidad para acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal en el futuro.
- Los servicios de transporte no médico están disponibles para acceder a los servicios presenciales cuando se hayan agotado razonablemente otros recursos disponibles.
- Los servicios de traducción están disponibles, si los necesita.

- Debo estar en el estado de California en el momento en que se preste el servicio de telesalud.
- No se conservará ninguna grabación permanente de video o voz de las sesiones de servicios de telesalud y telefónicos.
- Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y de California se aplican a la información utilizada o divulgada durante los servicios de telesalud y telefónicos.
- Entiendo que tengo derecho a todas las protecciones de confidencialidad, ya sea que los servicios me sean proporcionados en persona, por teléfono o a través de telesalud.
- Entiendo que tengo derecho a acceder y obtener copias de toda la información médica/salud mental transmitida.
- No se permitirá la difusión de ninguna imagen o información a otras entidades sin un consentimiento por escrito adicional y una Autorización para Divulgar (ATD) Información de Salud Protegida (PHI).
- Entiendo que soy completamente responsable de cualquier costo, incluidos los cargos por exceso en mi teléfono y/o plan de datos, asociados con la recepción de servicios de telesalud y/o telefónicos.

Si soy miembro de Medi-Cal (Orange MHP y/o DMC-ODS), entiendo que conservo el derecho de solicitar otros servicios reembolsables de Medi-Cal, Short Doyle/Medi-Cal o de Salud Mental Especializada, y tengo derecho a solicitar un cambio de proveedor, personal, terapeuta y/o administrador de casos.

Puedo ser contactado después de que mi participación en el programa haya terminado para evaluar mi progreso y condición. Entiendo que puedo optar por no responder a ninguna pregunta en ese momento si así lo deseo.

Estoy satisfecho con que he recibido toda la información que necesito para tomar una decisión informada sobre los servicios presenciales y de telesalud. Los riesgos, beneficios y consecuencias de los servicios de tratamiento me han sido explicados. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido respondidas. Certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior, y recibiré una copia de este formulario de consentimiento. En una situación de emergencia, se me proporcionará una copia de este consentimiento tan pronto como sea posible, por correo o en persona.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para los Servicios de Salud Mental.

Sin embargo, en este momento NO doy mi consentimiento para recibir servicios a través de Telesalud (marque esta opción solo si está rechazando).

Nombre del Miembro / Participante

Firma del Miembro / Participante

Fecha

Nombre del Responsable / Representante

Relación con el Miembro

Firma del Responsable / Representante

Fecha

Firma del Proveedor / Testigo

Fecha

Este formulario fue traducido al Miembro /
Responsable por (Nombre):)

Idioma Traducido