

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO, ACUERDOS Y NORMAS DE SERVICIOS EN LÍNEA**

**(Favor de leer, completar y firmar el Recibo de Consentimiento Informado para el servicio de Teleterapia)**

1. Como paciente, padre, madre o encargado/a legal entiendo y acepto lo que requiere el proceso de teleterapia para recibir el servicio en línea. El proceso implica el uso de dispositivos electrónicos como por ejemplo teléfono inteligente (iPhone o androide), laptops, computadora o tableta que incluyen como mínimo tener un correo electrónico, cámara, audio y video con acceso al internet que permitan la comunicación interactiva en tiempo real entre el paciente y el especialista.
2. La terapia será ofrecida de manera virtual. Esto está sujeto a la disponibilidad del especialista, paciente y/o encargado legal.
3. El día y hora de la teleterapia será coordinado por el especialista, paciente y/o encargado legal, ya sea de forma presencial, mediante llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico.
4. Tengo derecho a retirar el consentimiento para recibir teleterapia en cualquier momento.
5. El paciente y/o encargado legal entiende que el proceso de teleterapia es uno colaborativo en donde es importante que este continúe con estrategias o tareas fuera de la sesión de teleterapia y en beneficio de su proceso terapéutico.
6. Entiendo que la teleterapia tiene beneficios que pueden incluir el desarrollar o mantener destrezas trabajadas de manera presencial, evitar regresión de destrezas ya adquiridas, entre otros. Asimismo, entiendo que la teleterapia tiene beneficios, pero al igual que la terapia presencial, no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
7. El proceso de teleterapia es uno que contiene beneficios y riesgos. Habrá momentos de incomodidad en donde puede ser necesario hablar temas desagradables o en el que el terapeuta deba enfrentar al paciente como parte del proceso de introspección de la terapia, modelo de intervención y estrategia con las que se trabaja durante la terapia y en beneficio del propio paciente.
8. Entiendo que toda información obtenida a través del proceso de teleterapia es confidencial y no será divulgada sin autorización del paciente y/o encargado legal.
9. Existen límites de confidencialidad que son excepciones en donde esta podría ser interrumpida:
  - a. Cuando la vida del paciente o terceras personas se observa en riesgo.
  - b. Cuando se observa la presencia de maltrato físico, emocional o sexual.
  - c. Cuando la información dentro del expediente es requerida por un juzgado o tribunal.
10. La plataforma que se utilizará para el servicio de terapia en línea es *Microsoft Teams* la cual es *HIPAA* y *FERPA Compliant*. Entiendo y acepto que para participar de la sesión terapéutica a través de dicha plataforma requerirá que se instale la aplicación *Microsoft Teams* en el dispositivo que se utilizará para recibir la teleterapia.

11. Entiendo y acepto que, para recibir cada sesión de teleterapia, el/la especialista enviará una invitación a través de correo electrónico con el título de la reunión, fecha, hora y duración. Además, se adjuntará un enlace por el cual accederé a través del mismo. Es importante que verifique que estén habilitados el audio y video del dispositivo que utilizará el paciente al momento de iniciar la sesión.
12. Comprendo que existen riesgos en la teleterapia. Los mismos pueden incluir, pero no se limitan a la posibilidad, a pesar de esfuerzos razonables, que la transmisión de imagen en video o información transmitida pueda ser interrumpida o distorsionada por problemas técnicos, entre otros. Entiendo que puede haber otras personas presentes para operar el equipo de video, por supervisión o administración y que ellos tomarán las medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información obtenida. También entiendo que pueden ocurrir violaciones de privacidad y confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.
13. Para proveer el servicio es importante que durante la sesión de teleterapia el paciente se encuentre durante la sesión en un espacio privado, bien iluminado, libre de distractores visuales y auditivos y que cuente con una silla y mesa. Asimismo, debe estar vestido apropiadamente (no debe estar en pijamas o ropa interior) al igual que la persona a su cargo. Además, se requiere que un adulto autorizado esté presente en el hogar. Se recomienda que antes de que comience la sesión, el paciente vaya al baño y tome una merienda.
14. La sesión se brindará de acuerdo al Plan Educativo Individualizado, Plan de Servicio, Minuta y/o Evaluación del servicio. Cada especialista adaptará los objetivos trazados en los documentos antes mencionados de manera presencial a uno en línea.
15. Acepto colaborar con el especialista, quien se estará comunicando conmigo. La sesión de teleterapia se ofrecerá siempre en los días y horarios que sean acordados.
16. Entiendo que es requerida la puntualidad, ya que cada especialista tiene otra terapia en línea con otro paciente programado a la siguiente hora. De no poder asistir a la teleterapia notificaré con veinticuatro (24) horas de anticipación al especialista para reprogramar la misma.
17. Entiendo y acepto que en los servicios terapéuticos privados (costeados por el paciente y/o encargado legal) si el especialista se presenta a brindar el servicio y el paciente o encargado legal no se comunicó durante el tiempo establecido en el punto número once (11), el paciente y/o encargado legal deberá pagar el costo total de la terapia programada para el día que se ausentó sin previa cancelación.
18. Los servicios terapéuticos siempre han sido un trabajo en equipo, entiendo que es importante mi participación en este proceso. En ocasiones el especialista requerirá de mi asistencia para el manejo de materiales y/o dispositivo que se esté utilizando al momento del servicio de teleterapia.
19. Entiendo que de haber algún inconveniente técnico o de conexión por el cual se tenga que reiniciar la sesión o reprogramarla, se me comunicará a través de mensaje de texto o llamada al número de teléfono que aparece en la hoja número tres (3) de este documento o a la persona que se encuentre con el paciente al momento de la sesión de teleterapia.

20. Como parte del protocolo de emergencia en el hogar, entiendo que en el comienzo de cada sesión de teleterapia, puede que el especialista corrobore la información de la persona encargada, la dirección física dónde el paciente está recibiendo el servicio y el número de teléfono, esto por si surge alguna emergencia. En caso de emergencia, la primera opción es llamar al padre, madre o encargado que se encuentre en el hogar. De no poder contactar a éstos, se llamará al 911.
21. Entiendo que está prohibido tomar fotografía y grabar video o audio, tanto por el especialista como por el encargado legal y/o familia sin autorización escrita por ambas partes.
22. Como paciente, padre, madre o encargado/a legal me comprometo a estar disponible durante los últimos 10 a 15 minutos de ser requerido o al momento de que culmine el servicio para la firma de la asistencia en cada sesión, la cual será enviada al correo electrónico que se proveyó para estos fines.
23. En el caso de recibir los servicios en Sendero Educativo a través de Unidad Secretarial del Procedimiento de Querellas y Remedio Provisional, como padre, madre o encargado/a legal me comprometo a estar disponible para la firma de la factura (Certificación de Servicios) en o antes del día 2 del mes subsiguiente al servicio ofrecido para certificar y asegurar que los servicios facturados fueron según contratado.

**Favor completar la información en la siguiente página y devolver con su firma.**