

Consentimiento para Teleconsulta

Por este medio expreso, que entiendo los siguientes puntos relacionados con el proceso terapéutico *online*:

En mi condición de cliente, paciente o consultante:

1. Puedo iniciar, continuar o terminar mi tratamiento cuando yo así lo desee.
2. Puedo expresar dudas, preguntas o inconformidades en cualquier momento.
3. Mi terapia será confidencial y mi identidad nunca será revelada, siempre y cuando no represente un riesgo para mí mismo o para los otros.
4. En cualquier momento puedo especificar qué datos de mi historia clínica o proceso terapéutico pueden ser compartidos para fines clínicos, didácticos o de investigación.
5. En caso de tener una teleconsulta con Grupo Reflexivo, otras terapeutas pueden estar presentes durante mi sesión.
6. En caso de encontrarme en el extranjero entiendo que lo que recibiré serán servicios psicológicos.
7. Cuando necesite una cita de urgencia o emergencia, puedo ser atendido por mi terapeuta titular o por otro terapeuta de este servicio.
8. Toda vez que sea atendido por otra terapeuta de este teleservicio que no sea mi terapeuta titular, dichos profesionales seguirán las mismas guías de ética y confidencialidad que mi terapeuta titular sigue.
9. Mi terapeuta y yo nos trataremos siempre de manera respetuosa. Tengo derecho a ser apreciado y valorado en todo momento.

Mi terapeuta:

1. Proporcionaré siempre servicios de calidad y se comprometo a estar presente en todas las sesiones programadas.
2. Puede canalizarme con otro profesional, si yo o un representante de mi red personal, acordamos que esto es benéfico para mí.
3. Compartiré datos sobre mi historia clínica sólo si yo lo autorizo y mi decisión no afectará de ninguna manera a mi tratamiento terapéutico.
4. Podría solicitarme autorización de compartir datos sobre mi caso, únicamente para fines clínicos, didácticos o de investigación.
5. Expresaré su acuerdo con este documento de consentimiento, firmando y enviándome copia de este documento, una vez que yo lo haya firmado.

Sobre condiciones de pago y cancelaciones:

1. Debo pagar cada sesión mínimo 48 horas antes de que ésta tenga lugar. Sólo cuando mi terapeuta vea que el monto ha sido cubierto, entonces será posible la conexión online.
2. Me comprometo a ser puntual con todas las sesiones programadas. Si cancelo, debo hacerlo con 24 horas de anticipación.
3. Si falto a mi sesión sin previo aviso de 24 horas, deberé cubrir el monto de esa sesión antes de que se pueda programar otra cita.
4. Si mi terapeuta cancela nuestra cita, debe hacerlo con 24 horas de anticipación, no me cobrará la sesión que cancele, y repondrá la sesión lo antes posible.
5. Mi terapeuta tiene derecho a dar por terminado el proceso terapéutico en caso de faltas constantes de mi parte a sesiones programadas.
6. Todo pago que no sea en efectivo se hará utilizando sistemas de pago a través de terceros, tales como: compañías de tarjetas de débito o de crédito, depósitos de efectivo, servicios de transferencia bancaria, o aplicaciones para hacer pagos *online*.

Sobre la conexión *online*, en mi condición de cliente entiendo que:

1. Es mi responsabilidad asegurar antes de mi telesección, que mi conexión de banda ancha sea segura y no una conexión a red pública, abierta o peligrosa.
2. El software utilizado para mi terapia online conocerá el nombre o datos que utilizo para iniciar sesión.

3. Antes de poder grabar nuestras sesiones o cuando quiera conservar registros de comunicaciones, debo solicitar la autorización de mi terapeuta con anticipación. Debo solicitar igualmente su autorización para conservar el registro de nuestras comunicaciones al terminar la terapia, o bien, debo borrar de manera permanente de mis dispositivos digitales, cualquier comunicación de mi terapia.
4. Utilizaré cualquier grabación de comunicaciones clínicas con mi terapeuta vía sesiones sincrónicas, por correo electrónico o por mensajería instantánea, sólo para fines relacionados con mi terapia.

Sobre la conexión *online*, mi terapeuta:

1. Asegura que su conexión de banda ancha al comunicarse conmigo es segura y no una conexión a una red desprotegida, abierta o pública.
2. Debe cubrir cualquier pago requerido por parte de las aplicaciones clínicas seguras que utilice para comunicarse conmigo. La cuota de cada sesión incluye una cantidad por la renta del espacio de consultorio virtual, además del trabajo del profesional.
3. Explicará el funcionamiento de las aplicaciones que utilizemos para nuestras comunicaciones clínicas, y cómo estas aplicaciones son diferentes de, y más seguras que, las aplicaciones que usamos fuera de nuestro ambiente clínico.
4. Sugerirá concertar una nueva cita, misma que no cobrará, en caso de que dificultades en la comunicación e interrupciones técnicas hagan imposible continuar con una sesión.
5. Asegura que las aplicaciones que utilizamos sean lo más seguras posible para proporcionar servicios de salud *online*, y que el riesgo de interceptación es menor que el riesgo en comunicaciones más comunes (el correo postal, la comunicación por teléfono, comunicaciones a través de aplicaciones de la vida cotidiana, y reuniones presenciales).
6. No puede grabar mi tratamiento sin que yo esté de acuerdo.
7. Debe borrar de manera permanente de su dispositivo todos los emails, mensajes de texto, imágenes, video o audio registros, al terminar mi tratamiento, a menos que yo explícitamente le permita conservar dichos registros.

Para proporcionar consentimiento puedo (elegir una opción):

- (a) Si estoy enviando este documento desde el website e-Psychotherapy, teclear mi nombre, apellido, fecha, correo electrónico y hacer clic en botón “Estoy de acuerdo”.
- (b) Si estoy llenando esta forma en archivo PDF, teclear nombre, apellido y fecha y enviarla por correo electrónico a mi terapeuta.
- (c) Si estoy llenando esta forma en archivo PDF, pegar mi firma escaneada junto a mi nombre y apellido, teclear fecha y enviar esta forma por correo electrónico a mi terapeuta.
- (d) Si estoy en una cita presencial, firmar y escribir mi nombre y apellido con bolígrafo.

Al firmar y expresar mi acuerdo con este documento, hago constar que:

- comprendo claramente los contenidos de este documento, incluyendo los beneficios, riesgos y diferencias de los procedimientos,
- tuve la oportunidad de hacer preguntas, mismas que han sido contestadas de manera satisfactoria,
- me explicaron las diferencias que hay entre terapia *online*, terapia semipresencial y terapia presencial,
- y estoy de acuerdo en participar en un proceso que incluya sesiones o ciclos de teleterapia psicológica *online*.

Paciente

Nombre: y Apellido:

Email:

Fecha:

Hora:

Terapeuta

Nombre y Apellido:

Email:

Fecha:

Hora: