

Youth Enrichment Services Program

Thomas Jefferson Arts Academy

Servicios de Apoyo/Consejería

Consentimiento Informado de Telesalud

Yo, _____, (nombre del estudiante / padre) por el presente, doy mi consentimiento para participar en Telesalud con **el Personal del Programa YES de Jefferson Academy** como parte de los servicios de apoyo ofrecidos **por el Programa YES en Jefferson Academy**.

Entiendo que Telesalud es la práctica de ofrecer servicios clínicos y de otros servicios de apoyo a través de medios de comunicación asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre el personal y el estudiante que se encuentran en dos lugares separados.

Entiendo lo siguiente con respecto a los servicios de Telesalud:

1. Que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar el derecho a futuros servicios o beneficios del programa para los que pueda ser elegible.
2. Que acepto proceder con la conversación telefónica/video con el entendimiento de que puede no ser compatible con la HIPAA, dadas las restricciones impuestas durante la pandemia de Covid-19. También entiendo que existe la posibilidad de mayor riesgo para la privacidad y **una capacidad limitada para responder a emergencias**.
3. Que ninguna persona involucrada en los servicios grabará la sesión de Telesalud. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos son confidenciales y no pueden divulgarse sin autorización escrita; excepto donde la divulgación esté **permitida o requerida por la ley. Tales como:**
 - Preocupación por los estudiantes que expresan ideas suicidas.
 - Preocupación por el daño a los demás.
 - Preocupación por el abuso físico / sexual del estudiante u otro menor de edad.
 - Preocupación por los problemas actuales de acoso, intimidación o acoso escolar.
4. Cuando los estudiantes participen en Telesalud, solicitaremos un **contacto de emergencia** y su ubicación actual **cada vez que hablemos** para anticipar cualquier circunstancia imprevista. **Si surge una preocupación por la seguridad del participante estudiante que pueda estar en peligro, se tomarán medidas para proteger su seguridad.**
5. Que este consentimiento para la Telesalud sólo estará en efecto mientras estemos bajo los mandatos de distanciamiento social con respecto a esta pandemia COVID 19.

Nombre de Contacto de Emergencia/Numero/Relación al Estudiante: _____

Ubicación del Estudiante: _____

Firma del Estudiante (Si tiene 16 años o más)

Fecha

Firma del Padre/Guardián (Si el estudiante es menor de 16 años)

Fecha

Consentimiento verbal obtenido por (Nombre/ papel del personal)

Fecha