



## MINDFUL THERAPY GROUP DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

### Resumen

Su proveedor de atención médica ha optado por contratar a Mindful Therapy Group, P.C., una corporación de servicios profesionales de Washington (Mindful Therapy Group), para que preste servicios administrativos comerciales en nombre de su negocio de atención médica conductual. Concretamente, Mindful Therapy Group actúa como agente de facturación y cobro de seguros de su proveedor.

Mindful Therapy Group ha subcontratado a una empresa hermana, Mindful Support Services, LLC (Mindful Support Service), para que preste algunos de los servicios administrativos.

Cada profesional con licencia en salud mental afiliado a Mindful Therapy Group ("Proveedor") es una entidad separada e independiente y es responsable de obtener la licencia del Departamento de Salud o de la junta de licencias clínicas correspondiente en el estado o estados en los que esté autorizado. Puede verificar las credenciales de su Proveedor en los sitios web de la junta estatal de licencias que figuran en los adendas estatales correspondientes.

Si podemos hacer algo para que su experiencia sea más agradable o ayudarle a resolver cualquier problema que encuentre en nuestros servicios, le rogamos que nos lo comunique a través de nuestro [Formulario de Quejas Formales](#). También puede compartir su experiencia con nosotros enviándonos un mensaje a [feedback@mindfultherapygroup.com](mailto:feedback@mindfultherapygroup.com).

### Políticas Generales

#### Confidencialidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica las prácticas de privacidad y las obligaciones de los Proveedores cuando ejercen bajo el Acuerdo Organizado de Atención Médica del Grupo Mindful Therapy, así como sus derechos. Encontrará una copia electrónica de este aviso en nuestra página web [www.mindfultherapygroup.com/faqs](http://www.mindfultherapygroup.com/faqs).

Los proveedores tienen acceso a su historial médico electrónico para ayudarle en la coordinación de los cuidados.

Mindful Therapy Group está obligado legal y contractualmente a salvaguardar la privacidad y seguridad de la información médica.

#### Comunicaciones

Podemos utilizar su información de contacto para enviarle recordatorios de citas, saldos adeudados, boletines informativos, información sobre nuestros servicios relacionados con la salud y otra información que pueda interesarle o ser importante para su atención. Puede optar por no recibir algunas comunicaciones nuestras por correo electrónico siguiendo el enlace o las instrucciones para darse de baja que se proporcionan en el correo electrónico.

Si opta por recibir mensajes de texto relativos a los servicios de los Proveedores, podremos enviarle dichos mensajes. Usted reconoce que los servicios de mensajes cortos pueden no ser totalmente seguros. Puede darse de baja de los servicios de mensajes cortos en cualquier momento respondiendo "STOP". Alternativamente, puede ponerse en contacto con el Responsable de Privacidad que figura a continuación para indicar que no desea recibir mensajes de texto.

## **Contactar al Personal de Mindful Therapy Group**

Nuestro personal administrativo puede ocuparse de muchas cuestiones, incluidas las preguntas sobre la facturación del seguro y los cambios de cita, durante el horario laboral habitual. El horario laboral general es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (hora del Pacífico) llamando al número de la oficina principal al 425-640-7009.

Si tiene alguna pregunta sobre un asunto clínico, póngase en contacto con su proveedor tal y como se indica en su Divulgación de Información al Proveedor. Si sufre una emergencia o una crisis de salud mental, llame inmediatamente al 9-1-1 (para todas las emergencias) o al 9-8-8 (para crisis suicidas y emergencias de salud mental).

## **Proveedor de Servicios o Animales de Terapia**

Mindful Therapy Group no se hace responsable de los animales de servicio o terapia acompañados por los proveedores independientes que decidan traer sus animales al lugar con el fin de ayudarles en su trabajo, además, es y será considerado inofensivo en caso de cualquier lesión o muerte.

## **Animales de Servicio para Pacientes**

Para cumplir con las políticas del edificio, en las oficinas de Mindful Therapy Group solo se permiten animales de servicio reconocidos por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades ("ADA"). Un "animal de servicio" está entrenado para realizar trabajos o tareas en beneficio de un individuo con una discapacidad, incluyendo una discapacidad física, sensorial, psiquiátrica, intelectual u otra discapacidad mental.

La [ADA](#) exige que los animales de servicio estén bajo el control del adiestrador en todo momento. Si un animal de servicio está fuera de control y el adiestrador no toma medidas eficaces para controlarlo, o si el animal de servicio no está domesticado, se pedirá al adiestrador del animal de servicio que retire al animal de las instalaciones.

## **Cámaras de Vigilancia en el Espacio Común**

Para ayudar a salvaguardar a nuestros pacientes y al personal, utilizamos cámaras de seguridad en zonas no sensibles de áreas no privadas, como las salas de espera.

## **Políticas y Responsabilidad Financiera**

### **Tarifas de los Servicios**

Los proveedores prestan sus servicios a los clientes de forma independiente y aceptan una serie de planes de seguro, lo que queda a su entera discreción. Las tarifas de pago privado, según lo permitan las normas y los contratos de los planes de seguro, las determina cada Proveedor y pueden variar entre ellos.

Si acude a un Proveedor que es terapeuta o psicólogo para terapia de conversación, los honorarios facturados a su plan de seguros serán probablemente los mismos por cada visita (puede haber variaciones de codificación por servicios adicionales prestados). Si acude a un Proveedor que es enfermero psiquiátrico (ARNP) o médico (MD) para recibir servicios de gestión de la medicación, el código o códigos asignados a estas visitas, y por lo tanto los honorarios facturados a su pagador, se basan en muchos factores, incluidas sus necesidades individuales en el momento de cada visita. Como resultado, sus honorarios pueden variar de una visita a otra.

## **Cancelaciones Tardías y Cargos por Citas Perdidas**

Todos los Proveedores tienen sus propias políticas de cancelación tardía y de no presentación. Consulte la declaración de divulgación individual de su Proveedor para obtener más detalles sobre cómo gestionan estos casos. Si tiene alguna duda sobre los gastos de cancelación, póngase en contacto directamente con su Proveedor. El personal de Mindful Therapy Group no puede renunciar a estos honorarios ni negociarlos con usted. Los gastos de cancelación no pueden facturarse a su compañía de seguros.

## **Responsabilidad Financiera y Prácticas de Facturación de Seguros**

El pago íntegro debe efectuarse en el momento de cada sesión con su Proveedor, incluidos los importes de pago privado, copagos, coseguros y deducibles. Se cargará a su tarjeta registrada cualquier saldo restante. Si su Proveedor pertenece a la red de su compañía de seguros, su responsabilidad financiera por cada visita vendrá determinada por la cantidad permitida por su compañía de seguros para el servicio prestado.

### **Seguro**

Si decide utilizar los beneficios de su seguro para los servicios, le pedimos que verifique el estado de la red de su Proveedor antes de su primera visita, o puede estar sujeto a pagar un copago, coseguro o deducible más alto. Si su visita se cubre como "fuera de la red" o se deniega debido a la situación de la red, usted acepta pagar las tarifas "fuera de la red" o las tarifas de pago privado, según requiera su compañía de seguros.

### **Verificación de la Elegibilidad del Seguro**

Por favor, proporcione información completa y precisa sobre su seguro, así como una copia de su tarjeta de seguro antes de su visita inicial. Esto se utilizará para verificar la elegibilidad de beneficios iniciales. Si usted tiene un cambio de seguro, por favor háganoslo saber tan pronto como sea posible, para que podamos verificar su nueva elegibilidad de beneficios. Aunque vamos a verificar sus beneficios de seguro, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que recibe serán cubiertos por su seguro.

### **Asignación de Beneficios**

En consideración y en relación con todos y cada uno de los servicios prestados a usted o a su hijo, según corresponda, por su Proveedor, usted cede y transfiere irrevocablemente a Mindful Therapy Group y a su Proveedor todos los derechos, beneficios, privilegios, protecciones, reclamaciones y otros intereses de cualquier tipo, sin limitación, que usted o su hijo, según corresponda, hayan tenido, tengan o puedan tener en el futuro en virtud o en relación con cualquier póliza o plan de seguro, plan de beneficios de salud, acuerdo de gestión médica, acuerdo de asunción de riesgos, fideicomiso, fondo u otra fuente de pago, seguro, indemnización o cobertura médica o de salud de cualquier tipo que le cubra a usted o a su hijo, según corresponda. Esta cesión también incluye la cesión de sus derechos de apelación o los de su hijo, los derechos fiduciarios, los derechos a demandar, los derechos al pago, los derechos a una revisión completa y justa de las reclamaciones, los derechos a sanciones o intereses, los derechos a los documentos del plan y a la información del plan, y los derechos a notificaciones y divulgaciones de cualquier fuente.

### **Autorización Previa**

Si su plan de seguro requiere autorización previa para los servicios, es su responsabilidad obtener esta autorización antes de ser visto por un Proveedor.

### **Cálculo de Costos**

Dado que usted comparte los gastos con su compañía de seguros, el aviso de remesa que recibimos con la solicitud (que suele llegar entre 3 y 6 semanas después de presentarla) indicará sus gastos compartidos. Su reparto de gastos puede ser mayor o menor de lo previsto inicialmente. Le notificaremos cualquier saldo pendiente. Si hemos sobreestimado el costo compartido, el crédito se aplicará a sus futuras visitas a menos que usted especifique lo contrario.

### **Denegaciones de Seguros**

Cualquier reclamación devuelta o denegada por su seguro y por la que su seguro permita a los proveedores facturar directamente a los pacientes le será facturada directamente a usted y será su responsabilidad pagarla en su totalidad.

## **Tarjetas de Crédito Registrada**

Debe disponer de una tarjeta de crédito en sus archivos a la que se puedan cargar los saldos que sean de su responsabilidad financiera. Los saldos se cargarán automáticamente a la tarjeta registrada. También puede pagar en persona si tiene una visita al consultorio.

Las tarjetas de crédito se almacenan mediante nuestro procesador de pagos y se encriptan por seguridad. Una vez archivada una tarjeta, solo puede ser cobrada a través de nuestro software de facturación. Cada vez que se realice un cargo en su tarjeta de crédito, recibirá una notificación por correo electrónico con los detalles de la transacción.

## **Esfuerzos para la Recolección de los Pagos**

Si su tarjeta es rechazada, nuestro personal de Mindful Therapy Group se pondrá en contacto con usted por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono para solicitarle instrucciones de pago de cualquier saldo que sea responsabilidad suya. También le solicitarán que proporcione una tarjeta de crédito registrada en ese momento.

Un Proveedor puede interrumpir el tratamiento si existen saldos impagados. Los saldos impagados sin un plan de pago iniciado después de 120 días se entregarán a una agencia de cobros externa. Esto puede dar lugar a marcas negativas en su crédito.

## **RECONOCIMIENTOS**

Al firmar esta Declaración de Divulgación de la Agencia y el Paciente, reconozco que he leído esta Declaración y acepto los siguientes términos:

- Autorizo a mi Proveedor y/o a Mindful Therapy Group a divulgar la información a la(s) compañía(s) de seguros registrada(s) y a ser pagado directamente por la(s) compañía(s) de seguros por los servicios facturados.
- Reconozco que soy responsable ante mi Proveedor de todos los cargos no pagados por mis compañías de seguros, incluidos copagos, coseguros, deducibles, denegación de pago del plan de seguro por no obtener autorización, proveedor fuera de la red, servicios no cubiertos como terapia de pareja, y citas perdidas y cargos por cancelación tardía evaluados por mi Proveedor.
- Autorizo al Grupo de Terapia Mindful a cargar en mi tarjeta de crédito registrada los cargos considerados como "responsabilidad del paciente" por mi compañía de seguros, los cargos de cancelación aplicables, y/o el pago privado.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

\*Si el paciente es menor de 18 años, sus padres u otro tutor legal deberán firmar a continuación.

**Firma del paciente o en su nombre:** \_\_\_\_\_

**Si la Persona que Firma no es el Paciente, Autoridad/Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO A NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo detenidamente.

Su historial médico contiene información personal sobre usted y su salud y puede estar protegido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), así como por las leyes estatales. La Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarle y que está relacionada con sus afecciones pasadas, presentes o futuras y con los servicios de atención médica relacionados.

### **Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a:**

En este Aviso, utilizamos los términos "nosotros", "nos" y "nuestro" para describir a los proveedores individuales que participan en el Acuerdo Organizado de Asistencia Sanitaria (OHCA) del Mindful Therapy Group. El aviso describe nuestras prácticas y las de nuestros proveedores:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a introducir información en la historia clínica electrónica del Mindful Therapy Group.
- Profesionales de la salud bajo la Autoridad de Atención Médica de Oklahoma (OHCA, por sus siglas en inglés) cuando presten servicios en las instalaciones del Mindful Therapy Group.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entra en vigor el 1 de junio del 2023.

### **Sus derechos**

Cuando se trata de información médica sobre usted, tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos. Tiene derecho a:

- Obtener una copia electrónica o en papel del historial médico: puede solicitar una copia cierta información médica que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud.
- Corregir la historia clínica - Puede pedir a su Proveedor que corrija la información médica que considere incorrecta o incompleta.
- Solicitar comunicación confidencial: puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Responderemos afirmativamente a todas las solicitudes razonables.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos - Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si esto afectaría a su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información sobre usted - Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido información médica sobre usted durante un máximo de seis años antes de la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de asistencia médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.
- Recibir una copia de este aviso de privacidad - Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre - Si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Verificaremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- Recibir una notificación si se ve afectado por una vulneración de la PHI no segura - Tiene derecho a que se le notifique cualquier vulneración de su PHI no segura.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

## **Sus Opciones**

En el caso de cierta información médica, usted puede tomar decisiones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos la información sobre usted en las situaciones descritas a continuación, díganos qué quiere que hagamos. En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que lo hagamos:

- Compartamos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de asistencia en caso de una catástrofe

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir información sobre usted si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir información sobre usted cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**En los siguientes casos, nunca compartimos información sobre usted a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Fines de marketing o de recaudación de fondos
- Compartir las anotaciones de la psicoterapia
- Venta de información médica protegida

**¿Cómo utilizamos o compartimos su información de médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:**

- Registraremos información médica sobre usted y la compartiremos con su profesional de atención médica. Ejemplo: Un miembro del personal de MTG registrará la información facilitada y la introducirá en la HCE para que su proveedor o proveedores la utilicen para tratarle.
- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para facturar y recibir pagos provenientes de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.
- Podemos utilizar y compartir información médica sobre usted para gestionar nuestra empresa, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para coordinar su tratamiento y servicios.
- A nuestros socios comerciales que prestan servicios a nuestros Proveedores que implican el uso o la divulgación de información médica. Exigimos a nuestros socios comerciales que acepten proteger la privacidad y seguridad de la información médica y salvaguardar sus derechos.

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige que compartamos información sobre usted de otras maneras - normalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:**

- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona
- Ayuda con el retiro de productos del mercado
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.

## **Cumplimiento de la Ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal. Por ejemplo:

- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
- Podemos utilizar o compartir su información médica para reclamos de compensación laboral.
- Para funciones gubernamentales especiales como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece
- Responder a demandas y acciones legales

## **Nuestras Responsabilidades**

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de la información médica protegida. Debemos seguir las prácticas descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo. Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de la información. No comercializaremos ni venderemos su información personal.

La información médica protegida sobre usted no se utilizará ni divulgará sin su autorización por escrito, excepto en los casos descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede cambiar de opinión respecto a las autorizaciones que haya proporcionado en cualquier momento presentando una notificación escrita actualizada.

## **Cambios en los Términos de esta Notificación**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad será efectivo para toda la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que mantengamos en ese momento. Pondremos a su disposición un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado publicando la versión revisada en el sitio web de Mindful Therapy Group.

## **Para más Información o para Notificar un Problema**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información adicional, puede ponerse en contacto con nuestro Responsable de Privacidad en el número de teléfono que se indica a continuación. Si cree que se han violado sus derechos, tiene derecho a presentar una queja ante nuestro Responsable de Privacidad o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas dirigidas a nuestro Responsable de Privacidad deben presentarse por escrito y describir el problema.

## **Información de Contacto sobre Privacidad:**

Nicole Pauly, Responsable del Cumplimiento de HIPAA  
Teléfono: 425-640-7009, extensión. 1133

**Por favor, reconozca que ha recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO B ACUERDO DE TELESALUD**

### **Introducción a la Telesalud**

Los Proveedores de Mindful Therapy Group ("Proveedor(es)") tienen la capacidad de proporcionar sesiones virtualmente a través de una plataforma de telesalud en Internet. "Telesalud" incluye la práctica de la atención médica, el diagnóstico y la consulta de tratamientos utilizando comunicaciones interactivas de vídeo, audio y/o datos. Para las sesiones de Telesalud, usted se conectará con su Proveedor mediante una plataforma encriptada en línea que cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

### **Requerimientos Tecnológicos**

Para participar en las sesiones de telesalud necesitará tener acceso a la tecnología adecuada y estar familiarizado con ella.

### **Intercambio de Información**

Los documentos que se intercambien se facilitarán probablemente por vía electrónica o por correo postal.

Durante su sesión de telesalud, se tratan con usted los detalles de su historial médico y su información médica personal mediante vídeo interactivo o audio.

Su Proveedor puede compartir su historial e información médica personal con otros profesionales de la salud con fines de tratamiento, ya sea en persona, por correo electrónico seguro o por vídeo o audio interactivo.

### **Pagos**

Requerimos una tarjeta de crédito previamente registrada antes de cualquier sesión de telesalud. Cargaremos su tarjeta de crédito en base a una estimación del costo de los servicios que nos ha proporcionado su compañía de seguros. Nos reservamos el derecho de actualizar la cantidad que se cobra a medida que recibimos información actualizada de su compañía de seguros.

### **Profesionales Locales**

Si surge la necesidad de servicios de salud mental presenciales, puede solicitar ver a su Proveedor en persona. Si las sesiones presenciales con su Proveedor no están disponibles o no son factibles, es su responsabilidad ponerse en contacto con los profesionales de su zona. También puede ponerse en contacto con su médico de atención primaria si su Proveedor no está disponible.

### **Riesgos de la Tecnología**

Los servicios de telesalud se basan en el uso de la tecnología. Existen riesgos asociados a la transmisión de información, que incluyen, entre otros, la violación de la confidencialidad, el robo de información personal y la interrupción del servicio debido a dificultades técnicas.

### **Plan de Modificación**

Usted y su Proveedor reevaluarán regularmente la conveniencia de continuar prestándole servicios mediante estas tecnologías y modificarán los planes de tratamiento según sea necesario.

### **Protocolo de Emergencia e Interrupción del Servicio**

**Durante una sesión de Telesalud, si ocurre un fallo tecnológico el plan de respaldo más confiable es contactar directamente a su Proveedor.** En caso de que falle el Internet o la plataforma, por favor utilice la información de contacto de respaldo del Proveedor. Su Proveedor puede solicitar que esta información de contacto solo se utilice durante su visita programada con el fin de solucionar las dificultades técnicas.

En caso de interrupción del servicio o por razones rutinarias o administrativas, puede ser necesario comunicarse por otros medios. En estas circunstancias, puede llamar a la oficina administrativa del Mindful Therapy Group al 425-640-7009 si no puede comunicarse con el número de contacto alternativo de su proveedor. Si está experimentando una emergencia en el momento de las dificultades técnicas, por favor llame al 9-1-1 (para todas las emergencias) o al 9-8-8 (para crisis suicidas o emergencias de salud mental).

### **Confidencialidad**

Es su responsabilidad mantener la privacidad en el lado del cliente de la comunicación. Si decide participar en los servicios de Telesalud, es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con los medios basados en la tecnología y ser consciente de que su familia, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos pueden escuchar sus comunicaciones o tener acceso a la tecnología con la que está interactuando. Además, usted se compromete a no grabar ninguna sesión de telesalud.

### **Leyes y Normas Profesionales**

Las leyes y normas profesionales que se aplican a los servicios de salud mental en persona de su Proveedor también son válidos para los servicios de Telesalud. Este documento no reemplaza otros acuerdos, contratos o documentación de consentimiento informado.

### **RECONOCIMIENTO DE TELESALUD**

- Acepto participar en sesiones basadas en la tecnología y en otros intercambios de información relacionada con la atención médica con mi Proveedor. Esto significa que autorizo que la información relacionada con mi salud se transmita electrónicamente en forma de imágenes y datos a través de una conexión de vídeo interactiva hacia y desde mi Proveedor y otras personas implicadas en mi atención médica.
- Declaro que estoy utilizando mi propio equipo para comunicarme y no un equipo de propiedad ajena y que no estoy utilizando específicamente el ordenador o la red de mi empleador soy consciente de que cualquier información que introduzca en la computadora de mi empleador puede ser considerada por los tribunales como perteneciente a mi empleador y, por tanto, mi privacidad puede verse comprometida.
- He leído detenidamente este documento y comprendo perfectamente los beneficios y los riesgos. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tengo y he recibido respuestas satisfactorias. Con este conocimiento, doy mi consentimiento voluntario para participar en las sesiones de telesalud, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la atención, el tratamiento y los servicios que se consideren necesarios y aconsejables, en los términos aquí descritos.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

\*Si el paciente es menor de 18 años, consulte los Adendas de la Ley Estatal para obtener instrucciones sobre quién debe firmar este acuerdo de telesalud.

**Firma del paciente o en su nombre:** \_\_\_\_\_

**Si la persona que Firma no es el Paciente, o no tiene alguna Autoridad/Parentesco con el Paciente:**

\_\_\_\_\_

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Reconozco que he leído este párrafo y específicamente reconozco que entiendo su importancia. Libero incondicionalmente, eximo de responsabilidad, indemnizo y exonero a Mindful Therapy Group y Mindful Support Services, y a sus afiliados, contratistas y empleados, de toda responsabilidad que tenga su origen en, surja de o esté relacionada con mi participación en Telesalud. Esto incluye, pero no se limita a, cualquier violación de datos causada por mi o el fracaso de mi proveedor para asegurar los dispositivos de tecnología o garantizar que los entornos de sesión fueron asegurados. También soy responsable de garantizar que las comunicaciones no puedan ser escuchadas.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

\*Si el paciente es menor de 18 años, sus padres u otro tutor legal deberán firmar a continuación.

**Firma del paciente o en su nombre:** \_\_\_\_\_

**Si la persona que Firma no es el Paciente, o no tiene alguna Autoridad/Parentesco con el Paciente:**

\_\_\_\_\_

## Adenda del Estado de Arizona

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Examinadores de Salud Conductual: <https://www.azbbhe.us/node/3>
- Junta Médica:  
<https://azbomprod.azmd.gov/glsuiteweb/clients/azbom/public/webverificationsearch.aspx>
- Junta de Enfermería: <https://www.azbn.gov/license-verification>

**Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental:** Si el paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental a en su nombre. Si el paciente tiene 18 años o más, puede dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental en su propio nombre. Estatutos Rev. de Arizona. § 36-2272.

## Adenda del Estado de Colorado

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Todos los profesionales con licencia:  
<https://apps.colorado.gov/dora/licensing/Lookup/LicenseLookup.aspx>

**Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental:** Si el paciente es menor de 12 años, su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental en nombre del paciente. Si el paciente tiene 12 años o más, puede dar su consentimiento (sin la participación de los padres) para recibir los servicios Telesalud-Mental. Estatutos Rev. de Colorado § 12-245-203.5.

## Adenda del Estado de Nevada

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Examinadores para Trabajadores Sociales: <https://services.socwork.nv.gov/verify/index.asp>
- Junta de Examinadores de Psicología: <https://psyexam.nv.gov/License-Lookup/>
- Junta de Examinadores para Terapeutas Matrimoniales y Familiares y Consejeros Clínicos Profesionales: <https://marriage.nv.gov/>
- Junta de Examinadores Médicos: <https://nsbme.us.thentiacloud.net/webs/nsbme/register/>
- Junta de Enfermería: <https://nvbn.boardsfnursing.org/licenselookup>

**Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental:** Si el paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental a en su nombre. Si el paciente tiene 18 años o más, puede dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental en su propio nombre. Estatutos Rev. de Nevada. § 433.484

## Adenda del Estado de Oregon

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Consejeros y Terapeutas Profesionales con Licencia:  
<https://www.oregon.gov/oblpct/Pages/index.aspx>
- Junta de Examinadores para Trabajadores Sociales con Licencia:  
<https://www.oregon.gov/blsw/Pages/index.aspx>
- Junta Médica: <https://omb.oregon.gov/search>
- Junta de Enfermería: [https://www.oregon.gov/osbn/pages/primary\\_source\\_verification.aspx](https://www.oregon.gov/osbn/pages/primary_source_verification.aspx)

**Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental:** Si el paciente es menor de 14 años, sus padres o su tutor legal deben dar su consentimiento para recibir los servicios de Telesalud-Mental en nombre del paciente. Si el paciente tiene 14 años o más, puede dar su consentimiento (sin la participación de los padres) para recibir los servicios de la Telesalud-Mental Estatutos Rev. de Oregon. § 109.675.

## Adenda del Estado de Washington

Sitio web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Todos los proveedores de atención médica con licencia:  
<https://fortress.wa.gov/doh/providercredentialsearch/>

**Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental:** Si el paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental a en su nombre. Si el paciente tiene 18 años o más, puede dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental en su propio nombre. Código Rev. de Washington. § 7.70.065.