

Revocado el:

Iniciales del personal:

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS  
(OFICINA DE SERVICIOS Y APOYOS DE ADICCIÓN)

CONSENTIMIENTO AL USO DE  
TELEMEDICINA EN LA PROVISIÓN DE  
TRATAMIENTO POR ADICCIONES

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre
CASO N.º		
CENTRO		UNIDAD

**INSTRUCCIONES:** ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE. Conserve un original de este consentimiento

**CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA TELEMEDICINA**

**PROPÓSITO O NECESIDAD DEL CONSENTIMIENTO:** Permitir que se brinde el tratamiento por Trastorno de Uso de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD) mediante Telemedicina, según se especifica en las Normas de la Parte 830 de OASAS.

**EXTENSIÓN O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ brindé información y comprendo lo siguiente con respecto a los servicios prestados mediante Telemedicina:

I. Descripción:

La Telemedicina es la prestación de servicios de tratamiento por Trastorno de Uso de Sustancias (SUD) por parte de un programa certificado de OASAS que está aprobado para la provisión de Telemedicina por medio de Audio/Video y, cuando están aprobados, medios Telefónicos. La Telemedicina es un método de obtener tratamiento y apoyo con la recuperación cuando los métodos presenciales no están disponibles, y está sujeta a los mismos estándares clínicos y de regulación que los servicios en persona. Cuando corresponda, es reembolsable mediante Medicaid y Planes de Seguro Comercial.

II. Confidencialidad:

La Telemedicina está sujeta a los requisitos de confidencialidad establecidos en el Título 42 del CFR y en la HIPAA para la protección de la privacidad y confidencialidad de las personas mientras se prestan servicios mediante Telemedicina. La Telemedicina debe realizarse utilizando tecnología de telecomunicación que cumpla con los estándares de confidencialidad de la ley federal y estatal. El proveedor que utilice la Telemedicina hará todo lo posible, dentro de lo razonable, por reducir los riesgos asociados con el uso de la Telemedicina. Entiendo además que mi información confidencial no será redivulgada sin mi consentimiento.

III. Derechos del paciente:

La Telemedicina también está sujeta a los requisitos de la Parte 815 de OASAS, Normas sobre los Derechos del Paciente. Las inquietudes sobre mi tratamiento se pueden enviar a [PatientAdvocacy@oasas.ny.gov](mailto:PatientAdvocacy@oasas.ny.gov) Entiendo que puedo rechazar los servicios por Telemedicina en cualquier momento.

Yo, el abajo firmante, he leído lo que antecede y autorizo al personal de \_\_\_\_\_ a brindar mi tratamiento por SUD mediante Telemedicina. Comprendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción dependiendo de él, y que en cualquier caso este consentimiento vence automáticamente del siguiente modo:

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor, cuando sea necesaria)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Describir la autoridad para firmar en nombre del paciente: