**Requisitos del consentimiento y formulario de consentimiento para el uso de telesalud de ACBH**

**Requisitos del DHCS[[1]](#footnote-1)**

Según el Aviso de información de salud conductual [23-018](https://www.dhcs.ca.gov/Documents/BHIN-23-018-Updated-Telehealth-Guidance-for-SMHS-and-SUD-Treatment-Servies-in-Medi-Cal.pdf) (Behavioral Health Information Notice, BHIN), el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) exige que los proveedores hagan todo lo siguiente:

* Obtener el consentimiento verbal o escrito para el uso de telesalud como un modo aceptable de brindar servicios *antes de comenzar con la prestación de servicios cubiertos por telesalud* (audio *y* video) o por teléfono (audio únicamente).
* Explicar a los beneficiarios la información específica sobre el uso de telesalud.
* Registrar en el expediente médico del beneficiario su consentimiento verbal o escrito para recibir servicios cubiertos por telesalud *antes de comenzar con la prestación de los servicios*.

**Cómo obtener el consentimiento para el uso de telesalud**

ACBH ofrece dos opciones para obtener el consentimiento para el uso de telesalud antes de comenzar con dichos servicios. Los proveedores pueden elegir usar estas herramientas o pueden usar un acuerdo de consentimiento general que *contenga todos los requisitos anteriores.*

La documentación del consentimiento del beneficiario debe estar disponible para ACBH y el DHCS cuando la soliciten.

**Instrucciones para el proveedor para obtener un consentimiento verbal para el uso de telesalud**

Si se obtiene un consentimiento verbal, lea el siguiente texto al beneficiario y luego copie/pegue la información en una nota de progreso en el expediente médico del beneficiario.

“A través de Medi-Cal, usted tiene la opción de recibir servicios en persona en una visita presencial o por telesalud. Si tiene dificultades de transporte para acceder a citas presenciales, Medi-Cal ofrece cobertura de transporte cuando se hayan agotado otros recursos de manera razonable. Es posible que haya limitaciones o riesgos relacionados con los servicios de telesalud, en comparación con los servicios presenciales. Por ejemplo, [agregar detalles]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si elige recibir servicios por telesalud, puede cambiar de opinión en cualquier momento y hacérnoslo saber. Si cambia de opinión sobre el uso de telesalud, seguirá teniendo acceso a los servicios cubiertos por Medi-Cal”.

El proveedor de servicios revisó el formulario de consentimiento para el uso de telesalud de ACBH con el paciente. El paciente entiende y acepta las recomendaciones anteriores. El paciente ha dado su consentimiento verbal para recibir servicios por telesalud.

**Instrucciones para el proveedor para obtener un consentimiento escrito para el uso de telesalud**

Complete el formulario de consentimiento para el uso de telesalud y guárdelo en el expediente médico del beneficiario.

**Consentimiento escrito para recibir servicios por telesalud**

1. Acepto recibir servicios de atención médica por telesalud con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [nombre del proveedor de servicios y licencia]. Entiendo lo siguiente:
   1. Tengo derecho a acceder a servicios cubiertos por Medi-Cal en una visita presencial en persona o por telesalud.
   2. El uso de telesalud es voluntario. Puedo cancelar mi consentimiento o dejar de recibir servicios por telesalud en cualquier momento sin que esto afecte mi capacidad para acceder a servicios cubiertos en el futuro.
   3. Medi-Cal ofrece cobertura de transporte para citas presenciales cuando se hayan agotado otros recursos de manera razonable.
   4. Es posible que haya limitaciones o riesgos relacionados con los servicios por telesalud, en comparación con los servicios recibidos en una visita en persona, si corresponde.
2. He leído este documento atentamente, entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios por telesalud, y han respondido mis preguntas de manera satisfactoria.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del beneficiario  en letra de imprenta | Nombre del tutor en letra de imprenta (si corresponde) |

Firma del beneficiario   
(o del tutor, si corresponde) Fecha

1. Los proveedores también deben revisar las guías de las juntas de otorgamiento de licencias correspondientes con relación a los requisitos de documentación para la telesalud. [↑](#footnote-ref-1)