



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

Requisitos del DHCS¹

Según el Aviso de información de salud conductual [23-018](#) (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.

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.



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 hacérselo 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:
 - a. Tengo derecho a acceder a servicios cubiertos por Medi-Cal en una visita presencial en persona o por telesalud.
 - b. 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.
 - c. Medi-Cal ofrece cobertura de transporte para citas presenciales cuando se hayan agotado otros recursos de manera razonable.
 - d. 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