



## ¡Bienvenidos a Speechcenter!

Nos alegra darle la bienvenida. Speechcenter, Inc. ha sido un líder en Carolina del Norte desde 1982 en ofrecer a la comunidad servicios en el ramo de la patología del habla.

**¡Contratamos a los mejores médicos!** Nuestros médicos son personas fervientes y dedicadas en el campo de trastornos de la comunicación. Poseen un título universitario de maestría, una licencia profesional de la junta NCBOESLPA y también poseen un certificado o está en el proceso de obtener un certificado de la Asociación ASHA. Cada médico está asignado a una determinada zona geográfica y por eso a veces es necesario hacer cambios de médico. Comprendemos que cuesta cambiar cuando uno se encariña con ellos, pero tenga la seguridad que cada médico trabajará con entusiasmo para proveer los mejores servicios a cada uno de nuestros pacientes.

**Nuestra clínica:** Algunos seguros médicos requieren que las terapias se den en nuestra clínica. La clínica está ubicada en 185 Charlois Blvd., Winston Salem, NC 27103. La entrada de pacientes se encuentra al lado del edificio hacia atrás. Para entrar, toque el timbre y la recepcionista usará el intercomunicador para averiguar la identidad del paciente. Déjele saber a la recepcionista que es su primera cita para que le dé la bienvenida en la puerta cuando entren.

**Como contactar a su médico:** Se le proveerá su número de teléfono o su correo de voz. Favor de dejar un mensaje si no responde mientras están con otros pacientes y ellos le regresarán la llamada. Si tiene alguna pregunta en cuanto a la terapia, si nota algún cambio o progreso, por favor comparta esta información con su terapeuta en la próxima cita o por teléfono. Para así poder determinar nuevas metas y celebrar el adelantamiento del paciente.

**Duración de la visita:** Nuestras visitas duran aproximadamente 30 minutos. Este tiempo se usará para trabajar directamente con el paciente y/o puede incluir tiempo consultivo con su guardián, como el plan de tratamiento es un trabajo en equipo.

**Reprogramación o cancelación y Visitas tardías o sin presentarse:** Es muy importante que sepamos lo más pronto posible en caso de que suceda una reprogramación o cancelación de la visita, al menos 24 horas antes. No presentarse para 3 citas programadas puede resultar en el alta de los servicios. Sin embargo, si usted programa una visita y no cancela o no se aparece o aparece tarde, tenga en cuenta que esto es tiempo perdido de usted, del terapeuta y de otros pacientes que pudieran haberse beneficiado de este tiempo. Nuestras terapeutas son un personal profesional y tienen muchos otros pacientes que requieren de sus servicios

**Terapia de telepráctica:** Aunque los pacientes pueden tener una preferencia por los servicios en persona, debido a circunstancias imprevistas como el clima, la enfermedad o la disponibilidad del proveedor, es posible que a la vez se le pida que participe en la terapia de tele práctica. Telepráctica utiliza tecnología de audio/vídeo y una conexión a Internet para crear una experiencia en persona, similar a la lograda en una sesión de terapia tradicional en persona. Si no participa en la terapia de telepráctica, puede provocar que el paciente quede en espera hasta que los servicios en persona puedan reanudarse.

**Facturación:** Mandaremos la factura a su seguro medico una vez hayamos verificado que cubrirá los servicios prestados. Cualquier información tales como restricción, limitación o dinero que salga de su bolsillo será compartida con usted antes de empezar la terapia y usted será responsable de cubrirlos. Por favor contáctese con nuestras oficinas administrativas para ponerse al día con su cuenta. Cualquier co-pago o dinero que deba que salga de su bolsillo podrá pagarse en cada visita. Aceptamos MasterCard, Visa, PayPal y tarjetas de débitos. Un cargo de \$25 se le añadirá a su cuenta por cada cheque que regrese sin fondos.

**Envío de formularios o papeleo:** Usted tiene la opción de devolvernos los formularios por medio de fax, correo o correo electrónico. Número de fax: 1-336-725-0454. Dirección postal: 185 Charlois Blvd., Winston-Salem, NC 27103. O se puede completar por computadora y enviar al correo electrónico de [medicalrecords@speechcenter.com](mailto:medicalrecords@speechcenter.com)

¿Tiene alguna pregunta? Aborde por favor a su terapeuta. Para cualquier otro tema, por favor contactarse:

**Ayuda en español, administración, facturación o servicios: Rose Gonzalez**  
**Número de teléfono gratis sin cargo: 1-800-323-3123**

## Declaración de Las Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselas con cuidado. Este aviso se refiere a los servicios dados en nuestra oficina, en el hogar del paciente, o en algún otro entorno. En el caso que usted es atendido en otro lugar que no sean los nuestros o si somos contratados por otra identidad para proveer servicios en nombre de ella, puede ser que se aplique otra política. Fecha de entrada en vigor: 29 de Octubre 2015.

### Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma. Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

### Nuestros usos y divulgaciones

Tratamiento: Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando o que estén coordinando su tratamiento. Con el propósito de continuar o coordinar su plan de tratamiento se les entregará su información médica o porciones relevantes al diagnóstico y/o tratamiento del habla y lenguaje a otras instituciones y otros profesionales apropiados, involucrados en su cuidado médico. Ejemplo: Para discutir, divulgar y/o coordinar el tratamiento con niño/a, familiares presentes en terapia, lugar de terapia inclusivo, personal de la escuela o guardería, el sistema educativa, familia de acogida, un trabajador social, representante de CDSA, representante de LEA y/o SLP/SLPA, y otros involucrados en su cuidado, para asegurar que todos tenemos la información necesaria para diagnosticar y/o continuar un plan de tratamiento. Y para divulgar su información médica con otros individuos, a quienes nos ha dicho que estarán ayudándole con el programa de tratamiento.

Facturar por sus servicios: Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

Dirigir nuestra organización: Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios. Podemos contactarnos con usted cuando sea necesario en cualquier número telefónico, dirección o correo electrónico que nos ha provisto o usado para contactarse con nosotros. Podemos utilizar mensajes de voz, correo electrónico, mensajes de texto y/o correo, a menos que pida un método de comunicación más confidencial. Además, podemos mandarle boletines informativos y correo electrónico que no contenga su información médica, pero sí contenga noticias de nuestro negocio, información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud, a menos que pida que no lo hagamos.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad: Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien. Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Cumplir con 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. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales: Podemos utilizar o compartir su información médica: en reclamos de compensación de trabajadores, 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, en el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### Sus derechos y opciones

Correo electrónico o mensajes de texto: Podemos responderle y/o contactarnos con usted por correo electrónico o mensajes de texto de teléfono celular, a menos que diga que no. Si usted utilice correo electrónico o mensaje de texto para comunicarse con nosotros, podemos concluir que esa clase de comunicación es aceptable para usted y que entienda que las comunicaciones electrónicas no son garantizadas seguras. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento y pedir que detengamos de usarlos.

Boletines informativos: Puede pedir que no reciba boletines electrónicos que contengan noticias de nuestro negocio, información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Compartir información: Tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que: compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos: Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora

médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre: Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida. Por lo general los padres y guardianes tienen el derecho de controlar la privacidad de la información médica de un menor de edad. A menos que la ley le permita actuar por su propia cuenta.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico: Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico: Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información: Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Peticiones: Toda solicitud para ejercer sus derechos u opciones debe hacerse por escrito.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad: Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Cambios a los términos de esta notificación: Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Presentar una queja: Puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información abajo. Puede presentar una queja en OCR llamando al 1-800-368-1019 o enviando una carta a: DHHS 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

**¿Preguntas o quejas? Contáctanos:  
Jeri Bates, Vice Presidente, COO, CHC  
Teléfono 1-800-323-3123**



### Registración del Paciente *(Sírvese llenar todo sin excepción)*

Nombre del paciente: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento del paciente: / /	
Dirección del paciente Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal del paciente <i>(si es diferente a la de la calle)</i>		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa <i>del paciente</i>		Teléfono del celular <i>del paciente</i>		Teléfono del trabajo <i>del paciente</i>
Género del paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil del paciente <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	Estado de empleo del paciente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> No Está Empleado Estudiante Universitario: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		
Escuela del paciente <i>(si es de edad escolar)</i>		Número de seguridad social	Correo electrónico/Email del paciente	

### Padres / Guardián Legal *(si el paciente es menor de edad)*

Nombre legal del guardián: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento del guardián: / /	
Dirección del guardián: Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal del guardián <i>(si es diferente a la de la calle)</i>		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa <i>del guardián</i>		Teléfono del celular <i>del guardián</i>		Teléfono del trabajo <i>del guardián</i>
Género <i>del guardián</i> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> Mi hijo/a <input type="checkbox"/> Otro – Explique: _____			
Correo electrónico/Email del guardián				

### Historial Médico del Paciente

Nombre del doctor del paciente:	Teléfono del doctor:		
Dirección del doctor: Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Breve historial médico del paciente y cualquier condición relacionada con el habla y lenguaje o capacidad de tragar/comer:			
<b>La condición del paciente está relacionada con:</b>			
¿El trabajo? <i>(actual o previo)</i>	¿O un accidente automovilístico?	¿U otra clase de accidente?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – En caso afirmativo, ¿en cuál estado? ____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, provea la fecha de la lesión <i>(mes/día/año)</i> : ____ / ____ / ____			

### Información de los servicios terapéuticos del habla y lenguaje

¿Donde desea recibir el tratamiento? <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra casa <input type="checkbox"/> Guardaría/Daycare	Número Telefónico del local:			
<input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Clínica de Speechcenter <input type="checkbox"/> Otro:				
Dirección del lugar de terapia Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
¿Está el paciente recibiendo tratamiento por el habla y lenguaje (speech therapy) en la escuela o con otro terapeuta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de proveer el nombre y número telefónico del terapeuta:				



## Información de Seguros

Nombre del paciente: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FDN del paciente: (mes/día/año) / /
-------------------------------	---------------	----------------	--

### Seguro por el Gobierno

<input type="checkbox"/> <b>Medicaid</b>	<input type="checkbox"/> <b>Health Choice</b>	<input type="checkbox"/> <b>Medicare</b>
Medicaid Recipient ID No. _____	Health Choice Number No. _____	Medicare Recipient ID No. _____
<b>Medicaid Plan</b>	<b>Health Choice Plan</b>	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas NC <input type="checkbox"/> BCBSNC Healthy Blue <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> UHC Community Plan of NC <input type="checkbox"/> WellCare of NC	<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas NC <input type="checkbox"/> BCBSNC Healthy Blue <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> UHC Community Plan of NC <input type="checkbox"/> WellCare of NC	
No. de póliza	No. de póliza	

### Seguro Primario (La ley requiere se le mande la factura primero al seguro medico antes que a Medicaid.)

Nombre de la compañía de seguro			No. de póliza o No. de Group Number	
Número de ID del paciente con el seguro (Patient ID Number)		No. Telefónico de depart. de beneficios/Benefits & Eligibility		
Nombre del que lleva la póliza Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre
				FDN: (mes/día/año) / /
Dirección del que lleva la póliza:		Calle	Ciudad	Estado
				Código postal
Teléfono de casa del que lleva la póliza		Teléfono de celular del que lleva la póliza		Teléfono de trabajo del que lleva la póliza
El que lleva la póliza	Parentesco con el Paciente:			
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mi hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre del empleador, universidad o escuela del que lleva la póliza :				

### Seguro Secundario (La ley requiere que se facture primero a este seguro también y después a Medicaid )

Nombre de la compañía de seguro secundario			No. de póliza o No. de Group Number	
Número de ID del paciente con el seguro (Patient ID Number)		No. Telefónico de depart. de beneficios/Benefits & Eligibility		
Nombre del que lleva la póliza Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre
				FDN: (mes/día/año) / /
Dirección del que lleva la póliza:		Calle	Ciudad	Estado
				Código postal
Teléfono de la casa del que lleva la póliza		Teléfono de celular del que lleva la póliza		Teléfono de trabajo del que lleva la póliza
El que lleva la póliza	Parentesco con el Paciente:			
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mi hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre del empleador, universidad o escuela del que lleva la póliza :				

Nombre del paciente:	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FDN del paciente: (mes/día/año) / /
----------------------	----------	---------------	----------------	--

## Consentimiento a tratamiento (Consent for Services)

Yo autorizo a Speechcenter a proveer los servicios apropiados de tratamiento al paciente nombrado arriba. Entiendo que los servicios serán dados por un médico profesional. Yo reconozco y estoy de acuerdo en que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o poner fin a los servicios en cualquier momento, por medio de una carta escrita entregada a la oficina de Speechcenter. Además, comprendo que Speechcenter reserva el derecho de poner fin a los servicios y que me notificará en tal caso. Autorizo a Speechcenter a que mande la factura a cualquier seguro médico que he identificado y permito cualquier intercambio de información necesaria para poder procesar los reclamos de beneficios médicos.

### Paciente o representante autorizado:

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
(Favor de usar sus iniciales o nombre de nuevo en caso de firmar electrónicamente con teclado.)

Nombre del paciente: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FDN del paciente: (mes/día/año) / /
-------------------------------	---------------	----------------	--

## Reconocimiento de la declaración de prácticas de privacidad (Privacy Notice Acknowledgement)

Yo, como paciente nuevo, he recibido y estoy de acuerdo con la *Declaración de las Prácticas de Privacidad* de Speechcenter o como paciente actual, estoy de acuerdo y reconozco la disponibilidad de la *Declaración de las Prácticas de Privacidad* actual de Speechcenter. Yo comprendo que la *Declaración de las Prácticas de Privacidad* de Speechcenter explica mis derechos de privacidad en cuanto a mi información médica y provee información específica y una descripción detallada de cómo se usará y se divulgará mi información médica.

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento que Speechcenter y su personal pueden comunicarse conmigo electrónicamente usando los números de teléfono y/o las direcciones de correo electrónico que he provisto o he usado para comunicarme con su personal, a menos que he pedido por escrito un método de comunicación más confidencial. En aceptar comunicaciones electrónicas, yo comprendo que no se puede garantizar como formas de comunicación seguras.

### AUTORIZO la entrega y divulgación de mi archivo médico a las siguientes personas adicionales:

Padres/guardián legal: \_\_\_\_\_

Marido/pareja: \_\_\_\_\_

Abuelos: \_\_\_\_\_

Otros familiares de nombre: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### NO AUTORIZO la entrega y divulgación de mi archivo médico a las siguientes personas:

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

### Petición de restricciones de comunicación:

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

He leído y entiendo plenamente el contenido de este documento, y acepto y autorizo tales provisiones antes mencionadas. Los términos incluidos en este documento como “Yo” y “Mi” hacen referencia e incluyen, además quien está firmando, al paciente mencionado arriba u otra para quien soy responsable o para quien he tomado responsabilidad mientras contratando los servicios de Speechcenter, Inc. Este documento reemplaza y sustituye todos los consentimientos y autorizaciones previas. Este consentimiento y autorización es válido hasta el momento en que decido revocarlo por medio de una carta escrita.

### Paciente o representante autorizado:

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

(Favor de usar sus iniciales o nombre de nuevo en caso de firmar electrónicamente con teclado.)



## Consentimiento del Paciente de Telepráctica y Plan de Emergencia

Nombre del paciente:	Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre	FDN del paciente: (mes/día/año)
				/ /

### Información General

Speechcenter, Inc. se complace en ofrecer sus servicios a través de la telepráctica. La telepráctica parece a una cita médica por videollamada y permite que la Terapeuta del Habla-Lenguaje preste su servicio a distancia, incluso cuando usted no puede asistir en persona. La telepráctica se usará para la evaluación, terapia, intervención y/o consulta con el paciente u otras personas involucrados en el cuidado del paciente. **Si usted tenga preguntas o desea más detalles en español, llame a nuestra clínica a 800-323-3123.**

La Asociación Estadounidense de La Audición del Lenguaje del Habla afirma que la telepráctica está dentro del alcance y la práctica de los patólogos del habla y el lenguaje (ASHA, 2004d). Los proveedores que realicen servicios de telepráctica deberán tener conocimientos y habilidades en los modos de telepráctica, tecnología asociada a la prestación de servicios, selección de evaluaciones e intervenciones adecuadas a la tecnología y el uso del personal de apoyo. Una sesión de telepráctica es un servicio de atención médica profesional proporcionado por un patólogo del lenguaje del habla que posee un certificado nacional de ASHA CCC/CF y con licencia estatal. Los servicios proporcionados por Speechcenter son sincrónicos. La telepráctica se lleva a cabo con comunicación interactiva de audio y vídeo en tiempo real para crear una experiencia en persona, similar a la lograda en una cita médica tradicional. Si el paciente es un niño menor de edad, el proveedor le explicará al tutor cómo una sesión de telepráctica difiere de una sesión en persona.

Se tomarán las medidas de seguridad adecuadas con el uso de tecnologías de telepráctica, como el cifrado de datos, protectores de pantalla protegidos por contraseña y archivos de datos, o la utilización de otras técnicas de autenticación fiable, así como los riesgos potenciales para la privacidad a pesar de dichas medidas.

### Riesgos

Muchos escogen la telepráctica porque permite que los pacientes en lugares remotos acudan a los servicios de forma rápida, eficiente y sin necesidad de viajar a una clínica. Si bien la tecnología de telepráctica puede hacer que los servicios sean más convenientes, también puede haber riesgos asociados y problemas:

- Sin un examen en persona, puede ser difícil diagnosticar un problema o revisar si hay anomalías en la nariz, la boca, la garganta y la lengua.
- Si se nos envían registros médicos incompletos, puede ser difícil tratar su problema de salud al mejor criterio.
- Problemas de tecnología e internet ocurran: ocasionando un atraso en diagnosticar o tratar al paciente o la pérdida de información durante la cita. Esto sería fuera del control de la terapeuta y del médico.
- Existen riesgos de privacidad y amenazas a la seguridad para la información comunicada a través de Internet. Por ejemplo, los hackers pueden obtener acceso a su identidad o información médica privada.

### Plan de Emergencia & Procedimientos

En caso de que surja una emergencia durante la sesión, el proveedor deberá interrumpir inmediatamente la sesión e indicar al paciente, tutor o facilitador que llame al 911, a los servicios de emergencia y/o visite un centro de cuidados agudos. Si un paciente no está atendido durante la sesión, no puede buscar ayuda o el proveedor cree que se está produciendo una emergencia, su consentimiento firmado a continuación autoriza al proveedor o al personal de Speechcenter a ponerse en contacto con una agencia de servicios de emergencia en su nombre sin responsabilidad.

### Consentimiento y Reconocimiento

- Al firmar acepto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con estos términos. Por mi firma a continuación, confirmo que:
- Acepto participar en sesiones de telepráctica, y para que Speechcenter facturará por los servicios de telepráctica.
  - Me han dicho el nombre y certificado de mi terapeuta.
  - Un representante de Speechcenter ha discutido toda la información proporcionada anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
  - Entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios de telepráctica en este momento o en el futuro, lo que se hará por escrito.
  - He sido informado de los riesgos potenciales, consecuencias y beneficios de la telepráctica.
  - Entiendo que no se han hecho garantías sobre el éxito o el resultado de las sesiones de telepráctica.
  - Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar y actualizar la ubicación física del paciente durante las sesiones y proporcionar información de contacto de emergencia a mi terapeuta.
  - Entiendo que si surge una emergencia, el personal de Speechcenter puede ponerse en contacto con los servicios de emergencia según lo consideren necesario sin temor a responsabilidad.

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

*(Favor de usar sus iniciales o nombre de nuevo en caso de firmar electrónicamente con teclado.)*