



## Consentimiento informado para videoterapia

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger The Toolkit Project, PLLC. Por favor lea la siguiente información sobre consentimiento de terapia por video y firme abajo. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la Dr. Mia L. Johnson por email en: [drmjohnson@thetoolkitproject.net](mailto:drmjohnson@thetoolkitproject.net) ,y ella se las contestará con gusto.

1. Entiendo que mi hijo/a menor entablará una sesión de terapia por video con una psicoterapeuta licenciada. Este servicio de terapia es proporcionado sin costo a través de la escuela de mi hijo/a, Chinquapin; una vez que el/la estudiante no sea elegible para estos beneficios a través de Chinquapin, hay la posibilidad de que él o ella pueda continuar los servicios a un costo acordado con un proveedor.
2. Entiendo que la tecnología de conferencia por video no será igual a una sesión con el proveedor en persona dado que el/la estudiante no estará en el mismo cuarto con la psicoterapeuta licenciada. Entiendo que para obtener los mejores resultados para la sesión, el/la estudiante debe estar en un espacio callado con limitadas interrupciones durante la sesión.
3. Entiendo que los riesgos potenciales de esta tecnología incluyen interrupciones, acceso no autorizado, y dificultades técnicas. Entiendo que la psicoterapeuta licenciada o el/la estudiante puede suspender la sesión de terapia si sienten que las conexiones de videoconferencia no son suficientemente adecuadas para la situación.
4. La terapeuta licenciada asegura informarme y obtener mi consentimiento si habrá otra persona presente durante la consulta, por cualquier razón. Yo aseguro informar al terapeuta si habrá otra persona presente durante la sesión o si deseo grabar la sesión.
5. Entiendo que hay alternativas disponibles, incluyendo la opción de encontrar otro proveedor para una sesión en persona si existe la posibilidad en mi área.
6. Entiendo que puedo dirigir preguntas sobre esta sesión de videoterapia a mi psicoterapeuta licenciada en cualquier momento.



## Consentimiento informado para videoterapia

7. Entiendo que este consentimiento será vigente para la duración de esta relación con mi psicoterapeuta licenciada, incluyendo sesiones adicionales de videoterapia que pueda tener. Puedo retirar mi consentimiento para una sesión de videoterapia en cualquier momento y The Toolkit Project PLLC trabajará conmigo para encontrar una alternativa adecuada.

8. Entiendo que las mismas protecciones de confidencialidad, límites a la confidencialidad, y reglas sobre mis récords son aplicables tanto a las sesiones de videoterapia como a las de sesiones en persona.

9. Estoy de acuerdo en trabajar con la psicoterapeuta licenciada para entablar un plan de seguridad que incluye identificar uno o dos contactos de emergencia en el evento que haya una situación de crisis durante nuestras sesiones.

10. Entiendo que la psicoterapeuta licenciada puede decidir terminar los servicios de videoterapia si ella encuentra que es inapropiado que yo continúe la terapia por sesiones de video. La psicoterapeuta licenciada trabajará conmigo para identificar otro proveedor que me pueda ver en persona.

Al firmar este documento, certifico que:

- He leído o me han leído y/o explicado este documento.
- Entiendo completamente el contenido incluyendo los riesgos de los procedimiento(s).
- Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Doy consentimiento a que mi hijo/a participe en sesiones de videoterapia con la Dr. Mia L. Johnson o con otro psicoterapeuta licenciado de The Toolkit Project, PLLC.

---

Firma del cliente/ padre(s)/guardián

---

Fecha