

**LAUREL HELPING HANDS**  
422 Montgomery Street. Laurel, Maryland 20707  
Phone: (240) 294-1304 Fax: (301) 617-2869  
**Email: [LHH@laurel.md.us](mailto:LHH@laurel.md.us) Website: <http://www.cityoflaurel.org>**

**Consentimiento para Teleterapia**

Este documento es una adición al Acuerdo de servicio de Laurel Helping Hand y cubre nuestros servicios de Teleterapia.

La teleterapia es una opción para llevar a cabo una terapia en la que el cliente y el terapeuta se encuentran en diferentes lugares. Implica el uso de audio interactivo, p. teléfono, video u otras telecomunicaciones o medios electrónicos.

La decisión de ofrecer Teleterapia será tomada por usted y su (s) terapeuta (s) en función de sus necesidades y otros factores, que su consejero discutirá con usted. Si la Teleterapia se convierte en una opción de servicio para usted, su (s) terapeuta (s) le dará instrucciones detalladas sobre qué esperar, cómo prepararse para la Teleterapia y realizará una prueba con usted sobre cómo funcionará.

Se recomienda encarecidamente que solo se comunique a través de una computadora o dispositivo que sepa que es seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.). Su (s) terapeuta (s) utilizarán un medio electrónico seguro en un lugar privado.

Aunque la teleterapia ofrece la ventaja de la continuación de la atención cuando los servicios en persona no son posibles, podría haber algunas limitaciones que incluyen, entre otras, fallas tecnológicas y falta de comunicación. Su terapeuta le proporcionará instrucciones sobre cómo proceder en cada una de esas situaciones y analizará dichas instrucciones con usted. Usted es responsable de garantizar la privacidad en términos de la ubicación donde se conectará a la sesión.

Esperamos que comprenda que la implementación de Teleterapia es una nueva iniciativa para LHH, por lo que podemos experimentar algunos desafíos. Le pedimos su paciencia mientras todos navegamos por este cambio que le brindará más opciones de terapia para usted.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a participar en las sesiones de teleterapia.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

F. de N.: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Cliente/ Padre (o Madre) o Tutor)