



# Mental Health Partners

Roberto Hernando MD PA

8200 SW 117<sup>th</sup> Avenue

Suite 202

Miami, Florida 33183

Ph: (305) 274 9206 F: (305) 274 9254

## Tele psychiatric Treatment Authorization // Consentimiento para Tele psiquiatria

I \_\_\_\_\_ hereby give consent to engaging in tele psychiatric treatment with, I **Mental Health Partners/ and or Roberto A. Hernando MD PA** understand that "tele psychiatric health" includes the practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of mental health data, and education using interactive audio, video, or data communications.

\*I understand there are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties. I understand that my health care provider or I can discontinue the telemedicine consult/visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for the situation.

\*I understand that my healthcare information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes. Others may also be present during the consultation other than my health care provider and consulting health care provider in order to operate the video equipment. The above mentioned people will all maintain confidentiality of the information obtained.

*By signing this form, I certify: That I have read or had this form read and/or had this form explained to me that I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).*

Patient (Guardian) Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Yo \_\_\_\_\_ por este medio doy consentimiento para participar en el servicio de salud telemedicina que **Mental Health Partners/ and or Roberto A. Hernando MD PA** me ofrece. Todas las leyes existentes referentes a la confidencialidad y la seguridad de la información de su salud y las copias de sus expedientes médicos se aplican a este servicio de salud telemedicines.

\* Por medio de mi firma que aparece más abajo, indico que estoy de acuerdo con que he recibido una explicación de la manera en que se va a usar la tecnología de video y audio para llevar a cabo el servicio de salud telemedicina, y entiendo que la tecnología y el proceso de telemedicina tienen ciertas limitaciones, incluyendo la posibilidad de que haya un intercambio incompleto de información o pérdida de la misma. Entiendo y doy mi consentimiento para participar y ser grabado en video y audio durante el servicio de salud telemedicina. Entiendo la información proporcionada anteriormente y por este medio, indico que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento voluntaria y libremente para participar en el servicio de salud telemedicina, cualquier evaluación pertinente, y diagnóstico que el profesional de la salud encargado considere adecuado para mi padecimiento de salud actual y para la consulta.

\*Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

Paciente (Guardian) Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_