

TCHATT PATIENT CONSENT FOR TELEMEDICINE VISIT

Patient Name: _____ Patient Date of Birth: _____

School Name: _____

Parent/Legal Guardian Name (if Patient is a minor): _____

I am the Patient or Legally Authorized Representative (e.g. mother/father/guardian) of the Patient. At the recommendation of the Patient's school, I consent for the Patient to be seen by a Behavioral Health Provider under the direction of _____ (HRI) _____ through a two-way interactive audio/video connection known as telemedicine. I understand that the purpose of this telemedicine visit is specific to a behavioral health/psychiatry assessment, short-term treatment, case management and or/ consulting services and is not a substitute for medical treatment.

In addition, I understand the following:

1. I may request that the telemedicine visit be discontinued at any time.
2. Details of the Patient medical history, including patient identifiable information, may be used or shared within ____ HRI _____. I authorize the release of any relevant medical information that pertains to the Patient to ____ HRI ____ or their agents.
3. I understand that the written record of the Patient's telemedicine visit will become part of his/her medical record and will remain strictly confidential.
4. It may be necessary for the ____ HRI ____ healthcare provider to recommend one of the following alternative settings for healthcare treatment:
 - a. Emergency care at an emergency room
 - b. Follow-up outpatient visit (in-person) with another specialty provider
 - c. Admission to an inpatient hospital
5. Every effort will be made to structure the telemedicine visits so there will be effective follow-up care or referral, and I will have an opportunity to express my concerns.
6. There are potential problems with the use of the technology for telemedicine. These may include but are not limited to the following:
 - a. Interruption or disconnection to the audio/video link
 - b. An unclear picture or image
 - c. Electronic interference

If any of these problems occur, the visit might need to be discontinued

7. ____ HRI ____ has taken several security measures to ensure that the transmission of the telemedicine visit is confidential and not accessed by unauthorized users. This includes the use of a Private network for connectivity or ISDN point-to-point dial-up.
8. ____ HRI ____ cannot guarantee the privacy or security of any telemedicine visit.
9. I understand that this telemedicine visit may not be equal to a face-to-face visit with a healthcare provider.
10. I will not receive any compensation for taking place in this telemedicine visit.

11. I understand that as part of the Texas Child Health Access Through Telemedicine (TCHAT) Program, the telemedicine visits are at no cost to me and my child. However, subsequent referrals and ongoing treatment outside of the TCHAT Program may incur costs to me or my health insurance.

I certify that this form has been fully explained to me. I have read it or have had it read to me, and I understand its contents. I understand that I can revoke this consent at any time by providing written notice to ___HRI___, and I consent to participate and have the Patient receive care via telemedicine.

Signature of Patient or Guardian: _____ Date: _____ Time: _____

Printed Name of Patient/Guardian: _____

Relationship to Patient: _____

Signature of Witness: _____ Date: _____ Time: _____

Printed Name of Witness: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE TEXAS CHILD HEALTH ACCESS THROUGH
TELEMEDICINE (TCHAT) PARA VISITA DE TELEMEDICINA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre/tutor legal (si el paciente menor de edad): _____

Yo soy el paciente o el representante legal autorizado (por ejemplo, madre/padre/ tutor legal) del paciente. Por recomendación de la escuela del paciente, doy mi consentimiento para que un proveedor de servicios de salud mental lo vea bajo la dirección de ____ (HRI) ____ a través de una comunicación interactiva bidireccional de audio y vídeo, conocida como telemedicina. Entiendo que el propósito de esta visita de telemedicina es específicamente para una evaluación de salud mental/psiquiatría, tratamiento a corto plazo, manejo de caso y/o servicios de consultoría, y no es un sustituto para tratamiento médico.

Además, comprendo lo siguiente:

1. Puedo solicitar que se suspenda la visita de telemedicina en cualquier momento.
2. Los detalles del historial médico del paciente, incluyendo información que identifique al paciente, se pueden usar o compartir dentro de ____ HRI _____. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que le pertenezca al paciente a ____ HRI ____ o sus agentes.
3. Entiendo que el registro escrito de la visita de telemedicina del paciente se convertirá en parte de su historial médico y será estrictamente confidencial.
4. Pueda que sea necesario que el proveedor de atención médica de ____ HRI ____ recomiende uno de los siguientes centros de salud alternos para tratamiento médico:
 - a. Cuidado de emergencia en una sala de emergencias
 - b. Consulta externa de seguimiento (en persona) con otro proveedor médico especializado
 - c. Admisión a un hospital para pacientes hospitalizados
5. Se hará todo lo posible para estructurar las visitas de telemedicina de manera que haya seguimiento médico o un referido médico, y tendré la oportunidad de expresar mis preocupaciones.
6. Existen problemas potenciales con el uso de la tecnología para la telemedicina. Estos pueden incluir, pero no se limitan a, los siguientes:
 - a. Interrupción o desconexión del enlace de audio y/o vídeo.
 - b. Una imagen poco clara
 - c. Interferencia electrónicaSi ocurre cualquiera de estos problemas, es posible que la visita quede suspendida.
7. ____ HRI ____ ha tomado varias medidas de seguridad para garantizar que la transmisión de la visita de telemedicina sea confidencial y que usuarios no autorizados no tengan

acceso a ella. Esto incluye el uso de una red privada para la conectividad o el marcado de punto a punto RDSI.

8. ___HRI___ no puede garantizar la privacidad o seguridad de ninguna visita de telemedicina.
9. Entiendo que esta visita de telemedicina puede no ser igual a una visita cara a cara con un proveedor de atención médica.
10. No recibiré ninguna compensación por participar en esta visita de telemedicina.
11. Comprendo que, como parte del programa de Texas Child Health Access Through Telemedicine (TCHATT), las visitas de telemedicina son sin cargo alguno para mí y para mi hijo(a). Sin embargo, cualquier referido médico y tratamiento continuo fuera del programa TCHATT pueden incurrir en costos para mí o mi aseguranza médica.

Certifico que se me ha explicado esta forma de consentimiento completamente. La he leído o me la han leído, y entiendo su contenido. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a ___HRI___, y doy mi consentimiento para participar y que el paciente reciba atención médica por telemedicina.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del testigo: _____