

8. Yo entiendo, estoy de acuerdo y acepto la responsabilidad de proteger mi seguridad personal y la confidencialidad de mis sesiones de Telesalud al ubicarme en un ambiente seguro, privado, y cómodo para mis sesiones de Telesalud, libre de distracciones y suficientemente distanciado de otros quienes no están explícitamente invitados a mis sesiones de Telesalud.
9. Estoy de acuerdo que participaré en servicios de Telesalud sólo cuando esté usando una conexión de internet asegurada.
10. Entiendo que mi correo electrónico es requerido para servicios audiovisuales, y mantendré a *Family Service* informados de cualquier cambio a mi correo electrónico.
11. Entiendo que tengo el derecho de retener y retractar mi consentimiento al uso de Telesalud en cualquier momento. Retracción de mi consentimiento no afectará mi elegibilidad al recibir servicios futuros.
12. Este servicio es proveído por varias plataformas tecnológicas (incluyendo, pero no limitado a video, teléfono, y correo electrónico) y puede que no incluya comunicación directa de cara-a-cara. Yo reconozco que hay beneficios y limitaciones con este tipo de servicio.
13. Mi médico y yo reexaminaremos regularmente la propiedad de mi continuación de entrega de servicios por el uso de tecnologías con las cuales coincidimos hoy y que mi médico dará sugerencias de modificación o cambio al plan de entrega de servicio como sea necesario.
14. Reconozco que confirmaciones de citas, cambios a las citas u otras comunicaciones importantes con *Family Service* serán conducidas a través del teléfono. Estoy de acuerdo con el chequear mi correo de teléfono regularmente. También entiendo que todas las invitaciones para mis sesiones de Telesalud vendrán a través del correo electrónico que yo he proveído a *Family Service* y que las sesiones de Telesalud tomarán lugar usando una plataforma conforme con **HIPAA Cuidado de salud de Zoom** y/o una plataforma conforme con HIPAA de **Microsoft Teams**.
15. He leído y entiendo la información proveída anteriormente con relación a Telesalud, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Por la presente, doy consentimiento al uso de Telesalud por *Family Service*.

Nombre del cliente: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Firma del cliente/padre/guardián: _____

Fecha: _____

Al marcar esta casilla, por el presente, yo verifico que esta firma, producida electrónicamente, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal quien tiene autoridad legal para proveer dicho consentimiento.