



TELEHEALTH CONSENT ACKNOWLEDGEMENT

Client or Caregiver Consent Acknowledgement/Reconocimiento del Cliente o Cuidador(a)

I, Caregiver _____ Client _____ hereby consent to participate with Top Aid Healthcare Inc. as part of the delivery of clinically appropriate medically necessary. MassHealth-covered services via telehealth (telephone, and live video); pursuant to all the terms of the referenced telehealth policy included in the Governor's Declaration of a State of Emergency due to COV 3:8I ensure access to appropriate adult foster care services, while promoting social distancing and mitigating is spread of COVID-19.

Yo Cuidador(a) _____ Cliente _____ consiento a participar con Top Aid Healthcare Inc. como parte de entrega de servicios a través de la vía de telesalud (telefonos y video en vivo) clínicamente apropiados, servicios cubiertos por MassHealth medicamento necesarios, con forme a los términos de referencia de la póliza de telesalud incluida en la Declaración del Estado de Emergencia del gobernador a causa del COVID-19, para facilitar continuo acceso a servicios de Crianza de Adultos, mientras se promueve el distanciamiento social y se mitiga la propagación del COVID-19.

Caregiver & Client Understanding of Telehealth/ Entendimiento del Cuidador(a) o Cliente de servicios de Telesalud .

By initialing below, I certify that I understand the following with respect to telehealth services/ A la inicial más abajo, certifico que entiendo lo siguiente respecto a servicios de telesalud:

_____ CG _____ Client

I understand that I have the right to withdraw consent at any time without affecting my right to future care, services, or program benefits to which I would otherwise be entitled./Yo entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que afecte mi derecho a servicios o cuidado futuro, o beneficios del programa de los cuales de otra manera tendría derecho.

_____ CG _____ Client

I understand that Top Aid Healthcare INC agrees to the best of their ability to maintain continuity of services through scheduled visits based on level of need approved by MassHealth, maintain and protect my confidentiality, promote and foster support through education/training, referrals, and information regarding prevention of COVID-19 infection, use and access of PPE, available treatment for COVID-19 and continuity of access to community in meeting medical and mental health needs./Yo entiendo que Top Aid Healthcare INC, se compromete a proveer como le sea posible a mantener continuación de servicios a través de visitas basados en el nivel de cuidado aprobado por MassHealth, mantener y proteger mi confidencialidad, promover y fomentar apoyo a través de educación/entrenamientos, referidos y información relativa a la infección de COVID-19, uso y acceso a equipo protector, tratamiento disponibles para COVID-19 y continuación y acceso a servicios médicos y salud mental en la comunidad.

_____ CG _____ Client

I understand that there are risks, and benefits, and consequences associated with tele health, including but not limited to, disruption of transmission by technology failures, interruption and/or breaches of confidentiality by unauthorized persons, and/or limited ability to respond to emergencies./Yo entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con el uso de telesalud incluyendo pero no limitado a, interrupción de transmisión a causa de fallos tecnológicos, interrupción y/o violaciones de confidencialidad causado por personas no autorizadas, y/o habilidad limitada a responder a emergencias.

_____ CG _____ Client



I understand that there will be no recording of any of the online sessions by either party. All information disclosed within sessions and written records pertaining to those sessions are confidential and may not be disclosed to anyone without written authorization, except where the disclosure is permitted and/or required by law. Yo entiendo que no haran ningun tipo de grabaciones por parte de los participantes durante las sesiones y escritos en los expedientes pertinente a las sesiones son confidenciales y no podrán ser divulgadas a ninguna persona sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación es permitida y/o requerida por la ley.

_____ CG _____ Client

I understand that the privacy laws that protect the confidentiality of my protected health information (PHI) also apply to telehealth unless an exception to confidentiality applies (i.e., mandatory reporting of child, elder, or vulnerable adult abuse; danger to self or others). Yo entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida (PHI) también se aplica a telesalud a menos que se aplique una excepción de confidencialidad (e.g. reporte mandatorio de un niño, anciano, o adulto vulnerable al abuso; peligro a mi mismo u otros.

_____ CG _____ Client

I understand that if during the telehealth session, I begin to experience a serious medical emergency, or a mental health crisis, we will end the session, and the caregiver must contact 911 immediately. Yo entiendo que, si tengo una emergencia médica o crisis de salud mental durante la sesion de telesalud, se terminara la sesion y el cuidador(a) llamara al 911 inmediatamente.

_____ CG _____ Client

I understand that during a telehealth session, we could encounter technical difficulties resulting in service interruptions. If this occurs, end and restart the session. If we are unable to reconnect within ten minutes, please call Top Aid Healthcare to discuss since we may have to re-schedule. Yo entiendo que durante la sesion de telesalud, se puede enfrentar dificultades tecnologicas que resulten en interrupcion de servicio. Si esto ocurre, termine y reinicie la sesión. Si no se hace posible reconectar en el transcurso de diez minutos, por favor llame 508 343 8555 para discutir otras opciones de comunicación.

TELEHEALTH CERTIFICATION OF CONSENT/CERTIFICACION DE CONSENTIMIENTO TELESALUD

I have read the information provided above and discussed it with the Prestige Provider. I understand the information contained in this form, and all my questions have been answered to my satisfaction. /Yo he leído la información proveida mas arriba y lo he discutido con el proveedor de

Top Aid Healthcare Inc. Yo certifico que entiendo la información contenida en este formulario, y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Caregiver Signature/Firma del
Cuidador(a) Date/Fecha: _____

Client Signature/Firma del Cliente(a) _____ Date/Fecha: _____

Top Aid Healthcare Inc Staff/ Personal Top Aid Healthcare Inc.: _____

Date/Fecha: _____