



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESTACION DE SERVICIOS EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA /TELESALUD

Código: 601-1-F18

Página 1 de 1

Versión: 00

Vigente a partir de:
11 de Junio 2020

DATOS PERSONALES

Nombre del usuario: _____

Documento/Historia _____

Edad _____

Sexo _____

Estado civil _____

Fecha de Nacimiento. _____

Dirección _____

Teléfono _____

Procedencia _____

Telemedicina/Telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del usuario con el fin de mejorar la atención del usuario. La comunicación electrónica significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y la atención médica.

La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina/Telesalud que necesito conocer.

Beneficios esperados incluyen los siguientes:

- *Mejora del acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.*
- *Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.*
- *Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos menos costosos.*

Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- *A pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la evaluación; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.*
- *Los servicios basados en Telemedicina/Telesalud pueden no ser tan completos como los servicios presenciales.*
- *En casos poco frecuentes, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del proveedor de servicios de salud de Telemedicina/Telesalud.*
- *En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.*
- *En casos raros, la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa puede dar como resultado reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.*

He entendido las condiciones y objetivos del procedimiento, que la información que he brindado y me han brindado corresponde a la realidad, que he comprendido la información que me ha sido suministrada, que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este documento y que al firmarlo estoy dando mi consentimiento y asumiendo los posibles riesgos.

Firma del usuario o de la persona responsable _____

N° de documento _____ de _____

Parentesco*: _____

**En caso de firma de persona distinta al paciente.*