CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMEDICINA

COCO 2021

**Contenidos:**

**INTRODUCCIÓN** 3

**BENEFICIOS** 3

**RIESGOS** 4

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO COMPRENDO LO SIGUIENTE** 4

**ACEPTACIÓN** 5

**DISENTIMIENTO** 5

**Introducción:**

**La telemedicina se refiere** a la prestación de servicios de salud a distancia, mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones que involucran audio, video u otras comunicaciones electrónicas, que permite interactuar al paciente con el proveedor de servicios de salud con el objetivo de brindar información al paciente que pueda ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. Durante la consulta el profesional de la salud podrá acceder a la historia clínica del paciente, y una vez emita su concepto podrá consignarla dentro de esta.

**Beneficios:**

* **Mitigar** la propagación del virus COVID-19.
* **Evitar** la exposición de la población mayor y de mayor riesgo, y de la población en general a un posible contagio.
* **Mejora** en el acceso a la atención en salud al permitir que el paciente estando en su casa puede recibir una atención médica.
* **Diagnósticos** oportunos para pacientes que, por el aislamiento preventivo obligatorio, deben permanecer en sus hogares, contribuyendo a mejores resultados.
* **Seguimiento** continuo de las condiciones de salud.
* **Reuniones** privadas con el profesional de salud sin riesgo de presentarse intrusos en la consulta.

**Riesgos:**

**Existen riesgos asociados al uso de la telemedicina.** Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

* **No existen garantías** de que las consultas médicas bajo la modalidad de telemedicina eliminen la necesidad de consultar a un profesional de salud de forma presencial.
* **Podrían ocurrir demoras** en la evaluación/tratamiento médico debido a fallos o deficiencias en las comunicaciones y/o en la red.
* **Dificultad en la conexión** del paciente a la consulta.
* Ausencia de examen físico que permita identificar signos de alarma.
* **En casos excepcionales,** 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.
* **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.

**Al firmar este documento comprendo lo siguiente:**

1. **Doy consentimiento** para compartir la información de salud personal con la clínica.
2. **Entiendo que tengo el derecho** de negar o retirar mi consentimiento para la atención en salud bajo la modalidad de telemedicina en cualquier momento y esto no impedirá que se me brinde una atención en el futuro.
3. **Entiendo que una vez finalice** la emergencia sanitaria puedo elegir la atención presencial.
4. **Entiendo que puedo esperar** los beneficios anticipados del uso de la telemedicina bajo mi responsabilidad, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
5. **Entiendo que las leyes que protegen** la privacidad y seguridad de la información aplican a la telemedicina y que ninguna información que me identifique, obtenida en el uso de ella, será revelada sin mi autorización.
6. **Entiendo que es mi deber suministrar** información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre mi estado de salud, y que, en caso de no hacerlo, la institución de salud no es responsable por los resultados del procedimiento.
7. **Entiendo que recibí toda la información** referente a las alternativas y riesgos de la telemedicina y que elegí libre y voluntariamente la realización de este procedimiento.
8. **Con el fin de cumplir** con el principio de seguridad consagrado en el artículo 4 literal g) de la LEPD, se han implementado medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
9. **En caso de presentarse fallas** en las tecnologías incluidas las de comunicación, se procederá a recibir la atención por medio de una llamada telefónica efectuada por el profesional de salud.
10. **Entiendo la totalidad** de la información aquí suministrada.

**Aceptación:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con número de identificación

 declaro haber leído y entendido los términos enunciados en el presente documento, lo he conversado con mi médico o los asistentes que fueron designados y todas mis preguntas han sido contestadas consecuentemente. Doy consentimiento informado para que mi consulta sea orientada bajo la modalidad de telemedicina.

Autorizo a NOMBRE DE LA CLÍNICA para utilizar telemedicina en el transcurso de mi diagnóstico y tratamiento.

**Disentimiento:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con número de identificación

 declaro haber leído y entendido los términos enunciados en el presente documento, lo he conversado con mi médico o los asistentes que fueron designados y todas mis preguntas han sido contestadas consecuentemente. Sin embargo, voluntariamente NO ACEPTO ser atendido bajo la modalidad de telemedicina y entiendo que las consecuencias de la decisión tomada quedan bajo mi responsabilidad.