

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEORIENTACIÓN EN SALUD

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de diligenciamiento									
Nombre completo del Paciente:									
Número de documento			Tipo	CC	CE	PA	RC	TI	
Edad:	Dirección:	Teléfono:							
Nombre del responsable o representante del paciente:									
Número de documento			Tipo	CC	CE	PA			
NOMBRE MÉDICO TRATANTE:		R. M:							

INTRODUCCIÓN:

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2654 de 2019 y en las normas expedidas en el estado de emergencia sanitaria expedida por el Ministerio de Salud que regulan las actividades de TELESALUD, entre ellas la TELEORIENTACIÓN EN SALUD y la TELEMEDICINA, el presente documento tiene como finalidad autorizar al médico tratante para hacer uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en cualquiera de las fases de atención en salud, esto es, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Para el efecto, el médico tratante puede hacer uso de las plataformas tecnológicas, tales como aplicaciones web, aplicaciones móviles, videollamadas, correo electrónicos, mensajería instantánea o aquellas que le permitan orientar al usuario respecto de determinado asunto relacionado con su estado de salud, garantizando siempre la privacidad, seguridad y protección de la información, de conformidad con la normatividad que regula la materia (Leyes 527 de 1999, 1266 de 2008, 1581 de 2012, 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes).

DECLARACIONES DEL PACIENTE O USUARIO:

Manifiesto que se me han explicado como beneficios de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD, entre otros, los siguientes:

1. Accesibilidad remota a la atención médica, al permitir que un paciente permanezca en su ubicación mientras el médico le orienta desde un sitio distante.
2. Obtener concepto médico especializado con anticipación, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos.
3. Disminución de los costos y riesgos de desplazamiento fuera de mi domicilio.

Del mismo modo manifiesto que se me ha informado sobre los potenciales riesgos o dificultades de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD, los cuales corresponden, sin limitarse a ellos, a:

1. La información enviada puede resultar insuficiente (por ejemplo, imágenes o audios de baja calidad) para dar lugar a un diagnóstico concluyente por parte del especialista.
2. Fallas en los servidores que alojan la plataforma a través de la cual se presta el servicio, lo que puede dar lugar a filtración de la información confidencial del paciente.
3. La falta de acceso a mi historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico.

En concordancia, comprendo que:

1. La TELEORIENTACIÓN EN SALUD no me impide acudir al servicio de salud de manera presencial.
2. Como usuario tengo derecho a solicitar la identificación del profesional que me presta el servicio. Así mismo, debo identificarme con el médico tratante para poder acceder al servicio.
3. Como paciente tengo el deber de proporcionar la información necesaria, actualizada y verídica para recibir el servicio de manera adecuada.
4. Tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD en cualquier momento, incluso en el transcurso de la teleconsulta.
5. La plataforma por medio de la cual se presta el servicio puede ser propiedad de un tercero y por lo tanto las fallas técnicas que puedan presentarse no son responsabilidad del médico tratante.
6. El médico tratante colocará toda su pericia y conocimientos para prestarme el servicio pero que en todo caso su orientación no garantiza determinado resultado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEORIENTACIÓN EN SALUD

7. La información que entregue en el curso de la teleconsulta será única y exclusivamente con el fin de recibir la orientación necesaria para mi caso, en el evento que el médico tratante requiera enviarla a otros profesionales, investigadores o entidades deberá solicitar mi autorización.
8. Tanto el médico tratante como el paciente y/o representante del paciente, podemos suscribir el presente consentimiento haciendo uso de nuestras firmas digitalizadas o de cualquier otro medio que permita demostrar inequívocamente nuestra voluntad de firmarlo.

Manifiesto que he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre TELEORIENTACIÓN EN SALUD, que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y que decido de manera libre y espontánea otorgar mi consentimiento para la atención a través de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD.

NOMBRE DEL PACIENTE:	NOMBRE REPRESENTANTE DEL PACIENTE:
FIRMA PACIENTE:	FIRMA REPRESENTANTE:
C. C.	C. C. Parentesco con el paciente:

FIRMA MÉDICO:
C. C.
T. P.

En caso de **REVOCAR** el consentimiento, diligenciar la siguiente información:

Fecha de revocatoria del consentimiento:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	NOMBRE REPRESENTANTE DEL PACIENTE:
FIRMA PACIENTE:	FIRMA REPRESENTANTE:
C. C.	C. C. Parentesco con el paciente:

FIRMA MÉDICO:
C. C.
T. P.