

## MODELO 2

### Consentimiento informado verbal para tratamiento de datos ante la crisis de COVID-19 por Telesalud<sup>1</sup>.

1. (Nombre de la persona) \_\_\_\_\_, consiento el tratamiento de mis datos, \_\_\_\_\_, para que sean tenidos en cuenta durante la crisis de COVID-19 a través de esta llamada.

2. Me han sido explicados los riesgos y alternativas disponibles para la modalidad de Telesalud. Me siento satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

3. También soy consciente de la importancia y la necesidad actual de compartir esta información bajo la modalidad de Telesalud durante la crisis de COVID-19, ya que contribuye al bienestar de mi salud y la de mi familia.

4. Minsalud y (nombre del primer respondiente) \_\_\_\_\_ somos conscientes de la discreción de esta información soportados en **la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios**, información que será utilizada como guía rápida para la evaluación de pacientes durante la crisis de COVID-19.

Fecha \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

#### Información del ciudadano

Nombre:

Apellidos:

Cédula:

Ciudad y dirección de correspondencia	
Número de contacto	
Correo electrónico	

#### Información del primer respondiente

Nombre:

Apellidos:

Cédula:

<sup>1</sup> Adaptado de College of Physicians & Surgeons of Alberta (CPSA). March 2020