

MODELO 2

Consentimiento informado verbal para tratamiento de datos ante la crisis de COVID-19 por Telesalud¹.

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:

¹ Adaptado de College of Physicians & Surgeons of Alberta (CPSA). March 2020

Cédula: