**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEINTERCONSULTAS**

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733)

FECHA: COLOCAR DISTRITO

Completar los espacios predeterminados.

Yo, DE CLICK PARA COLOCAR NOMBRE DE APODERADO de EDAD DE APODERADO años de edad, con domicilio en DE CLICK PARA COLOCAR DIRECCIÓN. Dpto ELIJA SU DEPARTAMENTO Provincia COLOCAR PROVINCIA

Distrito COLOCAR DISTRITO con TIPO DE DOCUMENTO N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL APODERADO , soy PARENTESCO CON PACIENTE del menor DE CLICK PARA COLOCAR NOMBRE DE PACIENTE de EDAD DE PACIENTE edad con DOCUMENTO N° DOCUMENTO DEL PACIENTE. e Historia clínica N° COLOCAR NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

Declaro haber sido informado/a por: COLOCAR NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE del Establecimiento de Salud COLOCAR NOMBRE DE CENTRO DE SALUD TELECONSULTANTE para realizar una **TELEINTERCONSULTA** que consiste en remitir la información clínica del menor que represento mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de videoconferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante: COLOCAR NOMBRE DE CENTRO DE SALUD TELECONSULTANTE(\*) con el/los médico(s) especialista(s) del Centro Consultor: INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO -BREÑA. (\*\*), quien (es) podrán emitir opinión sobre el estado de salud del menor.

El personal participante en todo el proceso de la teleinterconsulta tratará mis datos personales y los del menor que represento de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud y los del menor que represento y del episodio asistencial que cursa registrados en la historia clínica y los que se colecten en las sesiones de teleinterconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que puedan transferir estos datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios, riesgos y complicaciones del procedimiento de Teleinterconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. La realización de la teleinterconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleinterconsulta.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente;  **** doy mi consentimiento para que el problema de salud del menor al que represento sea abordado a través de una teleinterconsulta y para que el personal de salud consultante comparta con el/los teleespecialista(s) la información contenida en su historia clínica, incluyendo de ser el caso tomas fotográficas, tomas de video o de audio. Ésta información podrá ser compartida en mi presencia o ausencia.



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imágenes de ayuda diagnóstica | Fotografías | Video | Audio | Todo |

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del Centro Consultante y del Centro Consultor, respectivamente.

Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante

Firma y Huella digital

**REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, COLOCAR NOMBRE DE APODERADO., de COLOCAR EDAD años de edad con domicilio en COLOCAR DIRECCIÓN DE PACIENTE, identificado con DNI N° COLOCAR NUMERO DE DOCUMENTO DE TUTOR  del menor DAR CLICK Y COLOCAR NOMBRE DE PACIENTE DNI N° DOCUMENTO DE PACIENTE e Historia Clínica N° COLOCAR NUMERO DE HC

**NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELEINTERCONSULTA.**

Firma y Huella digital

Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante