

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION POR TELEMEDICINA

Medical Solutions Colombia S.A.

1. La atención por Telemedicina se traduce en la prestación de servicios de salud a distancia a través de herramientas de comunicación tecnológicas y virtuales para diagnóstico, tratamiento y educación médica.
2. Tiempo de Atención: El procedimiento de atención por telemedicina/telesalud consta de 30 a 45 minutos.
3. Riesgos:

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina/Telesalud que necesito conocer. Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- A pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica de mi historia podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la evaluación; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
- Los servicios basados en Telemedicina/Telesalud pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. Entiendo que si el proveedor de telemedicina/telesalud cree que me podría atender mejor con otro tipo de servicios (por ejemplo, presencial), seré atendido por el profesional o derivado a otro proveedor y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia sean seguidas a tiempo.
- En casos poco frecuentes, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del proveedor de servicios de salud de Telemedicina/Telesalud.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.
- 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.

4. Beneficios:

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina/Telesalud que necesito conocer. Beneficios esperados incluyen los siguientes:

- Mejora del acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio

remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.

- La evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes. Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos menos costosos.
- Mejora del acceso a la atención, al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.
- Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.
- Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejorar la prevención de enfermedades y bajar los costos de atención.
- El usuario mayor de edad puede acceder y gestionar las consultas de sus familiares a cargo evitando traslados innecesarios.
- Es posible generar prescripciones médicas a través de los medios tecnológicos.


5. Al aceptar este documento, informo que entiendo lo siguiente:

- Entiendo claramente la información suministrada sobre beneficios, riesgos e información ofrecida; acepto recibir la atención en la modalidad que se expresa en este documento, a mi o mi representado legal (menor de edad o discapacitado).
- Entiendo que puedo esperar los beneficios del uso de Telemedicina en mi atención médica, pero que los resultados, como en la atención médica habitual, no pueden ser garantizados, pues la labor médica es de medios y no de resultados.
- Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y puede tener diversos resultados de acuerdo o conforme al tratamiento al que será sometido el paciente. No se pueden garantizar los resultados y puede haber errores en el diagnóstico y el diagnóstico puede correlacionarse con otros resultados de acuerdo con el tratamiento realizado.
- Entiendo que tengo la opción de rechazar o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en un futuro.
- Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y/o examinar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Telemedicina y puedo recibir copias de esta información.
- Comprendo y Autorizo para que por medio del procedimiento denominado TELEMEDICINA (Teleconsulta) el médico analice mi caso clínico; comprendo plenamente que es una modalidad de valoración médica, la cual ACEPTO como parte del diagnóstico o tratamiento médico recibido. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre Telemedicina. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina en mi atención médica de salud.
- Entiendo que los métodos alternativos de atención médica de salud pueden estar disponibles incluida la interacción presencial y que puedo elegir otra alternativa en cualquier momento.
- Comprendo que las normas que protegen la reserva, confidencialidad, custodia, seguridad y tratamiento de mis datos personales e información de salud, aplican a la telemedicina y que ninguna información, obtenida en el uso de la telemedicina, la cual me identifica, será revelada a terceros no autorizados por

las normas sin mi autorización.

- Entiendo claramente el procedimiento de atención, las recomendaciones antes y después para acceder a la atención conectiva, los beneficios y los posibles riesgos.

Estoy satisfecho(a) con la información recibida, por lo tanto, doy mi consentimiento y eximo a MEDISMART.LIVE de cualquier responsabilidad legal.

	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO			
	Código: HC - FOR 03	Versión: 05	Fecha: 15-12-2022	Páginas 2/2