

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEREHABILITACIÓN

**Adriana Lucía Ramírez Bonilla**

El presente consentimiento se desarrolla dentro de las normas éticas exigidas en Colombia por la ley 23 de 1981 del profesional médico, referente al deber de informar oportuna y adecuadamente a todos sus pacientes y familiares los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16).

Yo, \_\_\_\_\_, ciudadano de nacionalidad \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio y de forma voluntaria, consiento que la Fisioterapeuta Adriana Ramírez, junto con su personal de apoyo, oriente y practique en mi los procedimientos de valoración y diagnóstico fisioterapéutico, educación sobre estrategias para prevención y automanejo de mi condición médica, reeducación neuromuscular para corrección de alteraciones biomecánicas y entrenamiento en ejercicios físicos por medio de la modalidad de Telemedicina.

La teleconsulta corresponde a una consulta a distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí.

Manifiesto que se me ha informado acerca de los beneficios de la TeleRehabilitación tales como:

- Reducción del tiempo de espera para ver a un Fisioterapeuta a distancia.
- Mejora el acceso. Mientras dure la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 es permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional por parte de un Fisioterapeuta, sin exponerse al riesgo de contagio.
- Es costo-efectivo, es decir, reduce los costos de atención de manera presencial y los costos y tiempo de transporte.
- Empodera y promueve independencia del paciente sobre el manejo de su condición física.

Entiendo, es posible que no obtenga todos estos beneficios.

### RIESGOS AFINES:

Declaro que se me ha informado y explicado detalladamente acerca de los riesgos de la TeleRehabilitación:

- Una video consulta no será exactamente la misma, y puede no ser tan completa como un servicio presencial. Las porciones de valoración o tratamiento que implican contacto físico no serán parte de esta modalidad.
- La video consulta es susceptible a sufrir inconvenientes técnicos.
- Este servicio de atención fisioterapéutica utiliza las plataformas WebEx meeting y Google meet que cuentan con estándares de privacidad y seguridad de las video llamadas que satisfacen los requerimientos HIPPA de los EEUU. Estas plataformas están aprobadas por el HHS Departamento de servicios humanos y de salud de los EEUU para las modalidades de Telemedicina. Además, se utilizarán llamadas telefónicas, mensajes de texto y mensajes de correo electrónico entre las partes, como medios adicionales de comunicación. Si bien se toman todas las medidas necesarias, el servicio no puede garantizar una protección total contra la piratería o el acceso a la visita de video de personas externas. Este riesgo es pequeño, pero existe.
- Como cualquier visita cara a cara, existe la posibilidad de presentar un evento adverso o deterioro en mi condición.

Por el presente documento consiento que:

- 1) A pesar de recibir rehabilitación bajo un formato de video llamada, soy sujeto de los mismos derechos y deberes de los pacientes contemplados en la legislación actual.
- 2) La comunicación podría verse alterada por fallas de tipos tecnológico, ajenas a la voluntad de mi tratante.
- 3) Los diagnósticos que se me pueden plantear están efectuados sobre la base de la información provista y que la omisión de información y la necesidad de exámenes médicos adicionales, podría generar errores en su planteamiento.
- 4) En atención a lo anterior y considerando la justificación de realizar la teleconsulta, me comprometo a, cuando las circunstancias lo permitan, consultar a un especialista en forma presencial.
- 5) Puedo cambiar de opinión y dejar de usar las consultas por video en cualquier momento, incluso en medio de una misma sesión. Esto no hará ninguna diferencia en mi derecho a solicitar y recibir atención médica.
- 6) He discutido los procedimientos a seguir en caso de un evento adverso con mi tratante.
- 7) Al inicio de la tele sesión inicial el fisioterapeuta me ha consultado si estoy de acuerdo o no con los términos del presente protocolo de consentimiento, al cual he manifestado mi acuerdo y total consentimiento.

Manifiesto estar satisfecho con la información recibida y haber obtenido respuesta satisfactoria sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el presente consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de mi consentimiento para someterme al procedimiento / tratamiento por vía TeleRehabilitación.

Acepto tener consultas de TeleRehabilitación con: ADRIANA LUCÍA RAMÍREZ BONILLA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente (original firmado) \_\_\_\_\_

#### AUTORIZACION DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

Ante la imposibilidad de \_\_\_\_\_ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente. Yo, \_\_\_\_\_ con CC/CE/TI \_\_\_\_\_ en calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), decido dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica y procedimientos descritos por el profesional bajo la modalidad de telemedicina.

Firma (original firmado): \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_