



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Me han informado detalladamente que la Dra. Hawa estará realizando una videoconferencia interactiva a distancia llamada teleconsulta, en la cual se intercambiará información sobre el estado de salud de mi hijo/a.

Me han informado que el profesional interviniente en la videoconferencia respetará la privacidad y confidencialidad de los datos personales compartidos como ocurre en cualquier consulta entre un paciente y el equipo de salud.

Me han informado que puede ser necesaria la presencia de personal técnico durante la videoconferencia con el fin de apoyar la transmisión a distancia.

He comprendido todo lo que me han informado, tanto espontáneamente como en respuesta a mis preguntas, por lo que consiento en que se realice la teleconsulta.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre Telemedicina/Telesalud y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina/Telesalud en la atención médica de salud de mi hijo.

Firma del Paciente
(o persona autorizada)

Firma del Médico

Si es un firmante autorizado, relación con el Paciente: _____

Fecha