



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Renacimiento de la Excelencia

Consentimiento válidamente informado para la prestación de atención médica a través de la Telemedicina

Ciudad de México, a ____/____/____.

Quien suscribe, _____ Paciente () Representante ()
Responsable de paciente (); con número de registro _____ en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio
Chávez, y fecha de nacimiento _____ con diagnóstico de _____, declaro que:

1. Me ha informado el personal médico responsable de mi caso, en forma amplia, comprensible y a plena satisfacción, de las características de mi enfermedad cardíaca y de otras agregadas que pudiera padecer.
2. Que se me ha explicado claramente los estudios diagnósticos y el tratamiento que recomiendan para mi caso, y el beneficio que sobre la calidad de vida, sobrevida, rehabilitación y pronóstico que tendré con los mismos; así como las posibles alternativas de tratamiento, y que durante los mismos participará personal médico y de enfermería en formación, el cual siempre estará supervisado por el personal médico o de enfermería responsable.
3. Que estoy consciente de que mi enfermedad es crónica, y que es posible que en el futuro pudieran reaparecer signos y síntomas de la misma, por lo que deberé continuar con tratamiento y vigilancia médica por tiempo indefinido.
4. También se me ha explicado que en el Instituto se encuentra implementado el proceso de Telemedicina, que consiste en la consejería de un profesional de la salud a través de medios electrónicos y plataformas digitales, para pacientes que hayan tenido una valoración presencial previa con el personal médico que proporciona el servicio, garantizando la continuidad de la atención.
5. Se me ha dado a conocer que, el proceso de Telemedicina sólo es aplicable a pacientes que requieren una vigilancia por tiempo indefinido y que ésta no limita mi derecho a que se me otorgue una consulta de manera presencial, ya que forma parte de un proceso integral de atención médica.
6. Se me ha informado que, el proceso de Telemedicina considera que en casos excepcionales el profesional de la salud puede indicar el cambio de modalidad más adecuado con base en mi condición de salud o limitaciones tecnológicas que impidan la realización de la consulta a través de medios electrónicos y plataformas digitales, así como negarse a dar indicaciones si no se cuenta con la información suficiente. En cuyo caso programará inmediatamente una cita presencial para resolver mi problema y yo tendré que acudir al Instituto en la fecha y hora programada.
7. Se me ha informado que en el proceso de Telemedicina, el profesional de salud a cargo podrá estar acompañado de personal de salud en etapa de formación.
8. Que he recibido información suficiente y adecuada sobre los siguientes beneficios para la atención médica a través de Telemedicina:
 - a. Consejería médica oportuna sin salir de casa.
 - b. Evitar riesgo de traslado.
 - c. Disminución en los tiempos de espera para la atención.

- d. Ajuste de tratamiento cuando sea pertinente, o bien, diagnóstico oportuno si las condiciones en mi lugar de residencia lo permiten.
9. Que he recibido información suficiente y adecuada sobre los siguientes riesgos:
- Diferimiento de consulta debido a deficiencias o fallas tecnológicas.
 - Excepcionalmente, aplazamiento de consultas por falta de profesionales de salud.
 - Se me otorgue únicamente la información que permita el seguimiento en línea, como resultados de las limitaciones obvias del sistema.
10. Que he recibido información suficiente y adecuada sobre las siguientes alternativas de atención médica:
- Solicitar en cualquier momento una consulta presencial que se adecuará a la programación de consultas.
 - Asistir al servicio de urgencias en cualquier momento.
11. Que se me ha informado que, para poder participar en el proceso de Telemedicina deberé contar con lo siguiente:
- Acceso a una línea telefónica;
 - Acceso a una conexión a internet;
 - Acceso a un equipo de cómputo;
 - Acceso a una cámara web;
 - Acceso a un escáner;
 - Correo electrónico;

Manifiesto que cuento con todo lo anterior y, en caso de dejar de contar o tener acceso a ello, lo informaré inmediatamente al personal médico tratante y solicitaré por escrito continuar con mi tratamiento y vigilancia médica mediante citas presenciales.

12. Que se me ha informado que, el Instituto no será responsable de proporcionar los requisitos mencionados en el numeral 11.

Autorizo al personal médico tratante, realice intercambio de información, ya sean datos, imágenes, audio y/o video relacionados con mi estado de salud, con profesionales de la salud del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, con el único propósito de llevar a cabo el seguimiento de mi diagnóstico y tratamiento en tiempo real. Autorizo al personal médico y demás profesionales de la salud que participen como interconsultantes en el procedimiento, para que tengan acceso a mi expediente clínico o historia clínica si fuera necesario, con el fin de ayudar al personal médico en los servicios de asistencia en esta consulta.

Se me ha informado que el personal médico y otros participantes en el procedimiento, privilegiarán mi privacidad y confidencialidad de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012; así mismo, fueron puestos a mi disposición los avisos de privacidad del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez para la prestación de atención médica a través de telemedicina

Lo anterior bajo lo dispuesto en los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Por lo que después de haber leído el presente y habiéndose explicado todas mis dudas, declaro que se me ha informado por el personal médico, en forma amplia, en un lenguaje claro, comprensible y a plena satisfacción,

de las características del proceso de Telemedicina y aceptando que tengo acceso a lo solicitado en el numeral 11, **autorizo que mi atención a partir de la firma de este consentimiento se realice con base en lo estipulado en el proceso de telemedicina y que podrá ser revocado por escrito en cualquier momento de mi atención.**

Nombre completo de paciente
y/o familiar

El personal médico que suscribe declara haber entrevistado y explicado al paciente y/o su representante el manejo médico a realizar a través de Telemedicina.

Nombre completo y firma del personal médico

Nombre completo
y firma del testigo/a

Nombre completo
y firma del testigo/a