

**CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
SERVICIO TELEMEDICINA**

Villahermosa, Tabasco a ___ de ___ de 20__.

A) IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Nombre del familiar o Responsable legal en caso de ser menor: _____

Parentesco Familiar: Padre() Madre() Otro (describir): _____

Representante legal ()

B) INFORMACIÓN:

Se me ha informado sobre el procedimiento a llevarse en la atención médica a través de Telemedicina por el Dr. _____ de la unidad médica

_____ quien ha respondido satisfactoriamente a todas las preguntas que he formulado y otorgo mi consentimiento para que este solicite la asistencia del Hospital _____ para la prestación de servicios médicos a distancia tales como consultas, diagnósticos en tiempo real o diferido mediante el uso de diversos dispositivos, tanto fijos como móviles y de múltiples plataformas tecnológicas.

Entiendo que mi médico tratante ejecutara el procedimiento de la manera habitual y que el (los) especialista en la Unidad Médica _____ observaran, participaran y emitirán comentarios o sugerencias a distancia, entiendo que puede ser necesario que haya personal adicional presente en ambos extremos del enlace con fines de apoyo profesional. Autorizo comunicar a los profesionales de Salud que se encuentran relacionados con el procedimiento, cualquier información sobre mi salud, permitiendo el intercambio de datos, imágenes, audio y video para realizar diagnósticos, tratamientos y prevención en tiempo real, incluyendo antecedentes, sintomatología actual, así como datos de auxiliares de diagnósticos que considere, así mismo autorizo a los médicos y demás profesionales de salud que participen como inter consultantes en el procedimiento para tener acceso a información de mi expediente clínico si fuera necesario, mediante aplicaciones tecnológicas. Se me ha informado que los médicos y otros participantes en el procedimiento respetarán mi privacidad y confidencialidad de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley General de Datos personales en Posesión de Sujetos Obligados.

C) RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La transmisión de la información podría verse alterada o limitada por fallas técnicas, cuya solución dependería de un tercero.
- En menor medida existe riesgo de violación de la plataforma por la cual se transmite y realiza la consulta por parte de una persona no autorizada, lo que vulneraría la privacidad de la información del paciente.
- Existe la posibilidad de que haya imposibilidad de conectarse a la video llamada por fallas técnicas en la comunicación, por lo que existe la posibilidad de mantener la comunicación vía telefónica _____ o vía correo electrónico _____.

Villahermosa, Tabasco, a 23 de Marzo de 2022.

Jefe Jurisdiccional
Coordinador Médico
Jefe de Oficina de la Dirección de Salud Psicosocial
Personal Médico del Centro de Atención Primaria en Adicciones

Le informamos que estamos por comenzar la Teleconsulta en Psiquiatría en nuestro Estado.
¡Arrancamos el 30 de Marzo!

Institución que coordina: Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa en conjunto con la Dirección de Salud Psicosocial.

Fecha de inicio: Miércoles, 30 de Marzo de 2022.

Fecha de término: Miércoles, 28 de Diciembre de 2022.

Horario: 08:00 horas -10:00 horas

Duración de la Teleconsulta: 40 semanas

Coordinador: Dr. José Emmanuel Osorio Rosales

Liga de acceso:

<https://videoconferencia.telmex.com/j/1235690062>

ID de reunión: 123 569 0062

Dinámica Previa a la Teleconsulta:

- a) Se realizará una sesión semanal los días miércoles con una duración de 30 minutos, en la que personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental estará brindando Teleconsulta psiquiátrica a los pacientes que lo requieran y que cumplan con el siguiente criterio:
Personas con trastornos mentales y del comportamiento comórbidos o con patología dual sin respuesta a tratamiento a pesar de un adecuado apego por al menos 6 meses.
- b) La unidad Solicitante deberá hacer la solicitud de Teleconsulta enviando los datos (nombre del paciente, unidad solicitante, médico tratante, diagnóstico y motivo de teleconsulta) al email **teleconsultatabasco@gmail.com** y del mismo modo se les enviará en un plazo no mayor a tres días de recibida la solicitud de atención el día y la hora de la atención en base a la disponibilidad de agenda.

D) DECLARACIÓN:

A partir de la información presentada anteriormente, manifiesto que he leído y comprendido las ventajas e inconvenientes de la atención médica a distancia (telemedicina), he podido realizar todas las preguntas que se relacionan al mismo, por lo que doy mi consentimiento para que mi hijo(a), al menor a quien represento o en mi persona, reciba las intervenciones diagnósticas y terapéuticas a través de tecnologías de la información y autorizo que el personal de salud de la institución interconsultante realice intervenciones para las contingencias y urgencias derivadas del tratamiento autorizado, manifiesto que tengo el derecho a negar o retirar mi consentimiento en cualquier momento del proceso, sin perjuicio alguno en el presente o a futuro en relación con mi derecho de recibir atención. Tengo el derecho a permitir o negar la grabación de las sesiones siempre con previa autorización explícita. Se me ha explicado la excepción a la confidencialidad de la información, y que esta podrá ser revelada solo en caso de que el especialista identifique que existe un comportamiento que atente contra la vida del paciente o la vida de terceros. Lo cual fue comunicado y no requiere de otra aceptación.

E) CONSENTIMIENTO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre y Firma del Familiar o Representante Legal

Quien se identifica con:

F) TESTIGOS:

Nombre y Firma del Testigo

Quien se identifica con:

Nombre y Firma del Testigo

Quien se identifica con:

G) DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

La persona usuaria, el familiar o representante legal del menor de edad, ha entendido y comprendido la información recibida en relación al tratamiento a seguir referente al diagnóstico psiquiátrico establecido, de acuerdo a mi atendiendo, bajo el principio de mi libertad de prescripción y de mi ética médica. Asimismo, afirmo que he respondido a todas aquellas dudas e inquietudes realizadas por parte del familiar o representante legal y que ha dado las explicaciones complementarias necesarias para su buen entendido.

Nombre y Firma del médico Interconsultante

No. Cedula profesional

Nombre y Firma del médico Interconsultado

No. Cedula profesional

- c) Una semana antes de la fecha de su atención deberá enviar al email **teleconsultatabasco@gmail.com** el S.O.A.P. (acrónimo usado para describir lo subjetivo, objetivo, análisis y plan de un tratamiento) del paciente que se atenderá en formato PDF para que el especialista conozca el caso previo a la atención.
- d) Toda solicitud también deberá de ir acompañada del Consentimiento informado del servicio de Telemedicina que se deberá requisitar y enviar al correo electrónico antes mencionado. Este documento deberá estar de manera física en el expediente de la persona usuaria.

Dinámica durante la Teleconsulta:

- 1. El personal médico del Centro de Atención Primaria en Adicciones junto con su paciente deberá conectarse a la liga de acceso mencionada anteriormente 15 minutos antes de la hora señalada y quedarán en sala virtual de espera hasta que se le dé acceso para dar inicio a su Teleconsulta.
- 2. En caso que el especialista solicite que se agende cita de seguimiento, se realizará la solicitud de consulta al email **teleconsultatabasco@gmail.com**
- 3. Una vez concluida su atención deberá cerrar su sesión.

Sin más por el momento, le agradecemos su interés por participar en este gran proyecto y le solicitamos el compromiso de conectarse de acuerdo a los criterios de la Teleconsulta.

Esperamos que este proyecto sea de provecho para su práctica clínica y que, de esta manera, contribuya a disminuir la brecha de atención en salud mental en nuestro estado

Quedamos a sus órdenes y le enviamos un cordial saludo.

Dr. José Emmanuel Osorio Rosales
Coordinador Estatal de Telementoría
cadipa@hotmail.com

Mtra. Ana Luisa Trinidad Gómez
Jefa del Departamento de Salud Mental
saludmentaltabasco@gmail.com