

# Consentimiento Informado

Fecha: Día 17 Mes 4 Año 2020

Yo, Daniel Mateus, Identificado con TI No, 1015468973, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo de forma libre mi consentimiento al profesional en Medicina y con especialización en Cirugía plástica, nombre Daniel Mateus, con numero de tarjeta profesional: 10154689730 para realizar la videoconsulta en modalidad de Telemedicina interactiva/Teleapoyo ó Teleorientación, mediante el uso de una aplicación web llamada Ubimed, siguiendo con los lineamientos de Historia clínica dados en la resolución 1995 de 1999 y el manual de habilitación resolución 3100 de 2019, para tal fin acepto que se me ha informado el link de acceso a la plataforma a través del correo electrónico, vía WhatsApp, mensaje de texto ó llamada telefónica para registrar mis datos y recibir la atención.

Declaro que se me ha informado que para acceder al servicio de videoconsulta en modalidad de telemedicina es necesario la comunicación a través de las tecnologías de información y comunicación (TIC), lo cual significa el uso de equipos que permitan la telecomunicación de forma sincrónica o tiempo real, a través de internet y de equipos de audio y video como el celular o el computador, permitiendo la interacción bidireccional entre el profesional de la salud y el paciente. Acepto y entiendo que la telemedicina es una modalidad de atención por medio de la cual se permite la comunicación entre el paciente y los proveedores de servicios de salud previamente habilitados por un ente territorial y registrados ante el REPS (registro especial de prestadores de servicios )

Declaro que se me ha informado, que la videoconsulta se realizara de manera habitual, como ocurre en cualquier interacción, entrevista o consulta presencial, entre un paciente y un profesional de la salud. Acepto que el concepto, comentario o sugerencia será emitido en la distancia a través de la plataforma Ubimed, y que estos serán transmitidos por medios electrónicos (En formatos de texto, audio, videos) y pasarán a formar parte de mi historia Clínica.

Comprendo y acepto que hago uso de la videoconsulta en modalidad de telemedicina como parte del diagnóstico, plan o tratamiento médico recibido, declaro que me han informado que esta videoconsulta será grabada por la plataforma Ubimed y pasara a ser parte integral de la historia clínica o de su expediente médico y que esta no reemplaza la consulta presencial dentro de un consultorio o institución habilitado y registrado ante el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios), y que por tanto pueden existir limitantes al momento de dar una impresión diagnostica por parte del profesional de la salud y este podrá generar una remisión o derivación para una consulta presencial y/o apoyo diagnóstico.

Declaro que se me ha informado que al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la modalidad de Telemedicina; entre los beneficios están:

- a) Mejorar del acceso, oportunidad, continuidad, cobertura y calidad de la atención.
- b) Minimizar los desplazamientos innecesarios de los pacientes.
- c) Facilita la lectura de resultados complementarios (análisis de laboratorio, estudio de imágenes médicas, etc).
- d) Cumplimiento de las medidas de aislamiento preventivo establecidas por el gobierno nacional declarado por el COVID-19
- e) Implementación de medidas de prevención y minimización del riesgo de contagio.
- f) Disminución del tiempo de contacto personal.

Entre los posibles riesgos están:

- a) A pesar de los protocolos y estándares de informática medica implementados para

garantizar la confidencialidad, seguridad e integralidad de la información médica, esta podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar problemas en el momento de emitir un concepto, comentario y/o observación en la videoconsulta.

b) La transmisión de mi información médica, así como el servidor donde se custodia la Historia clínica podría ser víctima de un ataque cibernético o interrumpida por un tercero sin autorización, los protocolos pueden fallar lo que provocaría una violación de la privacidad de la información médica.

c) En algunos casos la información transmitida o suministrada en el momento de la videoconsulta puede ser insuficiente (ejemplo: mala resolución en la imagen o ausencia de estas) para la toma de decisiones apropiadas por parte del profesional de la salud.

d) En algunos casos la falta de información médica completa y/o precisa puede ocasionar reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

e) Habrá diagnósticos de certeza, pero algunos serán presuntivos y se deberá hacer un seguimiento con nuevas videoconsulta o derivar en una consulta presencial tradicional.

f) Posibilidad de cometer errores de digitación al escribir en el teclado y verificar que el corrector de texto no cambie nuestras palabras.

Declaro que me han informado las responsabilidades del profesional de la salud, las cuales son:

a) Brindar la orientación, asesoría o consejería en el marco del modelo de atención telemedicina/telesalud de acuerdo con la información que sea brindada por el paciente o usuario, y, con base en ello definir el manejo médico indicado.

b) En caso de considerarlo necesario el profesional de la salud puede cancelar o abstenerse de realizar la atención justificando las razones de su decisión las cuales serán oportunamente informadas al paciente o usuario.

Entiendo y acepto mis responsabilidades como paciente al momento de tomar una videoconsulta en modalidad de Telemedicina/telesalud entre las cuales están:

a) Atender la videoconsulta en la hora y por la vía definida por el profesional de la salud.

b) Brindar información completa, precisa y suficiente con el propósito de suministrar al profesional los datos clínicos y la información relevante y necesaria para ajustar la indicación u orientaciones a su condición clínica particular.

c) Atender las recomendaciones brindadas por el profesional de la salud y adherir a los planes de tratamiento que se hayan fijado.

d) Informar oportunamente la imposibilidad de conectarse o vincularse a la cita para la orientación programada.

e) Tener disponibilidad de los medios tecnológicos necesarios para llevar a cabo la atención en modalidad de Telemedicina/telesalud

f) Solicitar la cita prioritaria o acudir a los servicios de urgencia en caso de presentarse signos de alarma identificados por el profesional de la salud.

Entiendo que tengo el derecho de negar mi consentimiento informado para la prestación del servicio por videoconsulta en modalidad de telemedicina y que esto no afectara mi derecho constitucional de recibir servicios de salud en una modalidad de atención diferente. Entiendo y acepto los beneficios de la videoconsulta en modalidad de telemedicina sin embargo no se puede garantizar ni asegurar los resultados

Se me ha informado que la plataforma Ubimed garantiza la privacidad de los datos como lo contempla la ley 1581 del 2012, es decir que no se compartirá el nombre, identificación, dirección, correo electrónico, ni cualquier otra información del usuario sin su previa autorización. Así mismo manifiesto que me han sido explicados los derechos que me asisten como titular de los datos personales, en especial los relacionados con conocer, actualizar y rectificar los datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado, previa solicitud, del uso que se les ha dado a los datos, revocar la autorización y los demás derechos consagrados en el artículo 8 de la ley 1581 de 2012.

La plataforma garantiza la confidencialidad, integridad, autenticidad y veracidad de la información a través de la implementación de estándares y protocolos de seguridad informática nacionales e internacional como son la ley HIPPA y la ley 2015 del 2020, respetando el habeas data y la reserva de la información. Sin embargo, existen excepciones, ya que todos los proveedores de servicios de salud registrados ante el REPS en la Republica de Colombia, están obligados a reportar, denuncia de abuso infantil, de personas de la tercera edad y de población vulnerable, entre otras.

Autorizo a mi médico para que comunique a los médicos especialistas cualquier información sobre mi salud en formatos de texto, audio, video e imágenes, incluyendo antecedentes, síntomas y signos actuales, así como datos de laboratorio, que crea necesarios para permitirles que le asistan en este procedimiento. Además, autorizo a los médicos y demás profesionales de la salud que participen como especialistas para que tengan acceso a mi expediente o historia clínica si fuera necesario para ayudarles a proporcionar servicios de asistencia a mi médico(a) en esta consulta mediante la modalidad de Telemedicina.

Declaro que se me ha informado que al realizar el registro de mis datos personales en la plataforma Ubimed se implementara mi firma digital y acepto que se me ha informado que mi firma digital es un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos que permite determinar que se ha obtenido exclusivamente por mí al momento de ingresar a la plataforma Ubimed, que esta no se pude modificar después de efectuada la videoconsulta, tal como lo indica la resolución 2654 del 2019 en su numeral 4.7.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del profesional de la salud con respecto a los beneficios y los riesgos derivados de la atención por videollamada.

Dado el artículo 7 de la resolución 2654 del 2019, se me ha informado que para efectos de aceptación del consentimiento informado en la plataforma de Ubimed, se está haciendo uso de mi firma digital implementada por la plataforma, para garantizar la idoneidad, autenticidad e integridad de este documento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones del contenido en el presente documento las podrá aceptar su tutor legal o cuidador.

**Daniel Mateus**

TI: 1015468973

Firmado digitalmente: Daniel Mateus

# Autorización para el tratamiento de datos personales.

Que en el marco de la atención no presencial serán almacenados sus datos personales con el fin de garantizar la oportunidad, pertinencia y calidad de la atención en salud brindada.

En atención a que en el marco de la atención brindada se pueden recoger datos sensibles por tratarse de datos relativos a la salud, puede abstenerse de brindar la información solicitada.

Como responsable de la información personal de los usuarios, se tratarán los datos personales conforme a las finalidades autorizadas y según lo señalado en la política de tratamiento de datos personales, que se encuentra disponible en el siguiente enlace: [www.clinicaoftalmologicaunigarro.com](http://www.clinicaoftalmologicaunigarro.com).

Así mismo manifiesto que me han sido explicados los derechos que me asisten como titular de los datos personales, en especial los relacionados con conocer, actualizar y rectificar los datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado, previa solicitud, del uso que se les ha dado a los datos, revocar la autorización y los demás derechos consagrados en el artículo 8 de la ley 1581 de 2012.

Así mismo, se han implementado mecanismos para asegurar la confidencialidad y reserva de la historia clínica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 y normas concordantes, y en general para el tratamiento de datos de salud considerados como información sensible. Finalmente, manifiesto que otorgó autorización al Dr. Daniel Mateus para el tratamiento de mis datos personales en el marco de las finalidades previstas en la presente autorización. El responsable de los datos personales será la Clínica Oftalmológica Unigarro domiciliado en la ciudad de Pasto(N). El correo electrónico es [clinicaoftalunigarro@hotmail.com](mailto:clinicaoftalunigarro@hotmail.com) y el número telefónico de contacto es (+57)(2)7244427

**Daniel Mateus**

TI: 1015468973

Firmado digitalmente: Daniel Mateus