

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA

PROCEDIMIENTOS POR TELEMEDICINA (VIDEOCONFERENCIA)

Certifico que he sido informado ampliamente y estoy bien enterado a satisfacción de que el

Dr. _____ ha solicitado asistencia de

_____ en _____ mediante un enlace de videoconferencia interactiva a distancia para el procedimiento de teleconsulta al que seré sometido. Entiendo que mi médico ejecutará el procedimiento de la manera habitual y que el (los) médico(s) en

_____ observarán, participarán y emitirán comentarios o sugerencias a distancia.

Estos serán transmitidos por medios electrónicos y pasarán a formar parte de mi expediente clínico. Me queda claro que puede ser necesario que, con fines de apoyo profesional y/o para ayudar con la transmisión, haya personal adicional presente en ambos extremos del enlace de video. Asimismo, entiendo que pueden estar presentes médicos u otros profesionales en entrenamiento que trabajen en o sean aprobados por _____.

Autorizo a mi médico para que comunique a los médicos, profesionales en entrenamiento y personal de apoyo participantes en la videoconferencia cualquier información sobre mi salud en formatos de texto, audio, video y/o imágenes, incluyendo antecedentes, síntomas y signos actuales, así como datos de laboratorio e imágenes, 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 consultantes en _____ 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 enlace de video.

Se me ha informado que los médicos y otros participantes en _____ respetarán mi privacidad y confidencialidad de la misma manera como ocurre en cualquier interacción, entrevista o consulta en persona o telefónica entre un paciente y un proveedor de servicios de salud. Siempre que dicha privacidad y confidencialidad se respeten, autorizo que la información clínica y otra relacionada con esta teleconsulta por videoconferencia se utilicen por el Departamento de Docencia de _____ con fines académicos, de enseñanza, de divulgación de conocimientos y para investigación.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del médico que realiza la consulta

Fecha