

## Formulario de consentimiento de Telemedicine

La Telemedicine es la distribución de servicios de salud cuando el proveedor de atención médica y el paciente no están en el mismo lugar físico mediante el uso de la tecnología. El proveedor puede incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información transmitida electrónicamente se puede utilizar para el diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación del paciente, y puede incluir cualquiera de lo siguiente:

- Registros clínicos del paciente
- Imágenes médicas
- Comunicaciones interactivas de audio, video y/o datos
- Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video

El sistema electrónico interactivo utilizado incorporará protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente, así como de los datos de imágenes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Sin embargo, en casos de emergencia de salud pública, los servicios de Telemedicine se pueden prestar mediante tecnologías alternativas de comunicación a distancia que tal vez no cumplan con el nivel normal de seguridad de los proveedores de atención médica. En tal caso, se le aconsejaría y se le solicitaría su consentimiento para el uso de una tecnología de comunicación remota alternativa.

### Beneficio potencial

1. Mejor acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en el consultorio de su médico (o en un sitio remoto) mientras el médico obtiene los resultados de las pruebas y consulta con profesionales de la salud en sitios distantes u otros.
2. Obtener la experiencia de un especialista a distancia.
3. Es posible que no necesite viajar al lugar de la consulta.
4. Puede tener acceso a un especialista a través de esta consulta.
5. En ciertos casos, como una emergencia de salud pública, es posible que pueda recibir comunicaciones en su hogar.

### Riesgo potencial

1. Es posible que la conexión de video no funcione o que deje de funcionar durante la consulta.
2. La imagen de video o la información transmitida pueden no ser lo suficientemente claras como para ser útiles para la consulta.
3. Es posible que se me solicite ir al consultorio del médico si se considera que la información obtenida a través de Telemedicine no fue suficiente para hacer un diagnóstico.
4. En los casos de uso de una tecnología de comunicaciones remotas que no alcanza el nivel normal de seguridad del proveedor de atención médica, existe la posibilidad de que personas no intencionadas puedan acceder a la información intercambiada.

### Entiendo que

- Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la Telemedicine.
- Puedo rechazar los servicios de Telemedicine en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención, tratamiento y/o programas en el futuro.

- Si declino el servicio de Telemedicine, es posible que tenga que visitar a un profesional de atención médica en persona.
- Tendré acceso a toda la información médica resultante del servicio de Telemedicine según lo dispuesto por la ley.
- Se me informará de todo el personal presente en mi servicio de Telemedicine; otras personas pueden estar presentes para operar el equipo de video y que tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información obtenida.
- Es posible que se me realice un examen limitado que tendrá lugar durante la videoconferencia y que tengo derecho a pedir a mi proveedor de atención médica que interrumpa la conferencia en cualquier momento.
- Una cierta tecnología de comunicación remota no es totalmente segura.

## Consentimiento

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la Telemedicine, la he discutido con mi médico o con el personal sanitario designado, y todas mis preguntas e inquietudes han sido atendidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la Telemedicine en mi atención médica.

---

Nombre del paciente

---

Número de teléfono

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Nombre impreso de la persona que otorga el consentimiento

---

Firma de la persona que otorga el consentimiento

---

Fecha

## Parentesco con el paciente:

Paciente

Padre

Tutor legal

Persona autorizada