

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para que profesionales de la salud en diferentes ubicaciones puedan ayudar en la evaluación, el diagnóstico, la gestión y el tratamiento de diversos problemas de salud. Los profesionales pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. El profesional de la salud o especialista que me consulte estará en un lugar diferente al mío. Es posible que un profesional de la salud u otro profesional de la salud me acompañe en la consulta para asistirme.
2. El proveedor de atención médica o el personal de atención médica profesional que se presente puede transmitir o compartir electrónicamente detalles de mi historial médico, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes con el proveedor que se encuentra en una ubicación diferente.
3. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
4. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas.
6. Se conservará un registro de la consulta en mi historial médico.
7. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
8. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

☐ He leído y comprendido la información anterior sobre telemedicina. Por la presente, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

☐ No doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Por favor imprima su nombre

Nombre del paciente
(si está firmado por el/la representante)

Relación del representante con el/la paciente