

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA.

Ciudad y fecha:,/...../20....-

1. Yo,, por medio del presente solicito y autorizo que profesionales médicos de..... me brinden su servicio de teleconsulta, evaluación y asesoramiento médico a través de medios digitales/telefónicos, incluido videoconferencia. Asimismo, autorizo el envío electrónico de información médica personal para que pueda ser examinada por otros profesionales y personas involucradas en la atención de mi salud.
2. Se me ha explicitado que un servicio de telemedicina implica, entre otros aspectos, que los servicios de evaluación y atención médica serán proporcionados, según corresponda, por profesionales que se encuentran en un lugar distante, sin evaluación clínica presencial, y utilizando medios electrónicos que permitan una comunicación entre el paciente y el profesional médico (video interactivo y/o conferencias de audio en tiempo real, correo electrónico, etc.), con la ayuda en algunos supuestos del intercambio de imágenes digitales y estudios de mi condición. También se me ha especificado que ciertas consultas pueden ser de manera *on line* (por cualquiera de los medios tecnológicos habilitados a tal efecto), es decir que la evaluación de mi estado de salud e indicaciones médicas se realizan en tiempo real de manera simultánea, con las limitaciones propias de no poder efectuar una evaluación clínica presencial y en base a la información y estudios que yo proporcione por ese medio; como así también otras atenciones no serán evacuadas en forma simultánea y el asesoramiento e indicaciones médicas me será proporcionado después de algún tiempo por medios electrónicos y en base al análisis efectuado por el profesional de la información y documentación médica que le haya proporcionado.
3. Acepto específicamente ser evaluado y/o atendido por telemedicina y consultas médicas *on line*, las cuales ayudarán al profesional a determinar, en la medida de lo posible, el tratamiento indicado para el cuadro que padezco.
4. Comprendo los potenciales beneficios y riesgos de este proceso, detallados a continuación:

Potenciales beneficios:

- Accesibilidad remota a la atención médica, al permitir que un paciente permanezca en su ubicación mientras el profesional le proporciona atención médica distante.
- Mejorar el acceso a opiniones médicas especializadas desde el consultorio del profesional.
- Permite recibir lo más rápido posible las recomendaciones de un especialista.
- Obtener recetas médicas, solicitud de exámenes y certificados médicos en formato digital con validez para uso inmediato.
- Seguimiento continuo, de su condición de salud en la comodidad del domicilio.

Potenciales riesgos: Tal como ocurre con procedimientos médicos, existen potenciales riesgos asociados con el uso de esta tecnología. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- La información enviada por el paciente puede no ser suficiente para dar lugar a una consulta concluyente por parte del especialista (por ej.: imágenes de baja calidad, signos y síntomas no explicados con claridad, etc.).
- La evaluación y el tratamiento médicos podrían demorarse debido a deficiencias o fallas en el equipamiento.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar, dando lugar a violaciones de privacidad de mi información médica confidencial.

- La falta de acceso a una historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico.
 - En ciertas ocasiones será necesario que, una vez culminada la consulta médica *on line* o teleconsulta, el paciente deba concurrir a un Centro Asistencial para ser evaluado en forma presencial.
5. Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al tratamiento a realizarme o indicaciones médicas dadas, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones más prudentes.
6. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica, incluido los registros de telemedicina y/o consultas médica *on line*, a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la guarda y registración electrónica de tocas y cada una de las atenciones y comunicaciones que se me brinden en el marco del presente, aunque con reserva acerca de mi identidad.

Firma del paciente: **Aclaración:**

Documento: **Teléfonos:**

Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ. COMPLETAR:

Por el presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: