

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(CONSULTORIOS VIRTUALES)

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos.

Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido

DNI

Me han informado ampliamente que desde el Hospital y/o Centro de Salud.....
.....el/la/Dr/Dra.....
.....solicitó al Hospital..... la realización de una
videoconferencia interactiva a distancia llamada teleconsulta, en la cual se intercambiará información sobre
el estado de mi caso.

Se me ha informado que el médico y/ o equipo tratante que solicitó la videoconferencia participará y brindará la información necesaria acerca de mi salud (en formatos de texto, audio, video y/o imágenes) y que los médicos de Hospital consultado observarán, participarán y emitirán comentarios o sugerencias a distancia. Me han informado que los comentarios y sugerencias realizados por profesionales del dicho Hospital no reemplazarán el criterio médico del equipo tratante, estos últimos serán finalmente los que definan e implementen todos los procedimientos diagnósticos y de tratamiento. Me han informado que los profesionales intervinientes en la videoconferencia respetarán la privacidad y confidencialidad de mis datos personales como ocurre en cualquier consulta entre un paciente y el equipo de salud.

RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS: Teniendo en cuenta que la prestación se limitará a interactuar mediante una imagen visual y no habrá contacto físico con el profesional del centro de referencia (consulta convencional), todo lo relacionado al examen físico como, características de coloración y temperatura de la piel, como así también detalles del tono de voz, toma de reflejos, etc., se verán limitadas. Se me ha explicado que la consulta médica vía Telemedicina mediante un servicio de Teleconferencia (imagen y sonido entre el médico y el paciente en consulta), no se puede equiparar a una consulta médica con presencia "física" ya que no es posible hacer un examen más allá de lo observable. Yo podré interactuar con el profesional y/ o equipo tratante del centro de referencia a través de la pantalla de la computadora y hablar mediante un micrófono, a la vez que podré ser interrogado y escuchar las respuestas y recomendaciones del médico a través de los parlantes.

Me han informado que puede ser necesaria la presencia de personal técnico, durante la videoconferencia con el fin de apoyar la transmisión a distancia. Me han permitido leer el texto de este consentimiento las veces que me fueron necesarias y han aclarado en forma satisfactoria mis dudas.

He comprendido todo lo que me han informado, tanto espontáneamente como en respuesta a mis preguntas por lo que:

Doy mi consentimiento

☐

No acepto

☐

.....
Firma y aclaración del/la paciente y/o
del representante legal
(En caso de incapacidad)

.....
Firma, aclaración y sello del/los/las
profesionales solicitantes

Lugar..... Fecha...../...../..... Hora:

Para evitar extravíos y preservar este documento agregarlo a la Historia Clínica del paciente.

* Para registrar el consentimiento de alguien que no sabe leer ni escribir, registrar su huella dactilar (imprimiendo el dedo con tinta sobre el papel) o una marca de cruz ("X"), acompañado de un testigo imparcial (un profesional de la salud, familiar, o persona de confianza que no esté directamente involucrada en el proceso) que certifique que la persona comprendió y dio su consentimiento de forma voluntaria, y que la marca o huella corresponde a ella.