



Nro. Identificación: _____
Nombres: _____
Apellidos: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE
TELEMEDICINA INTERACTIVA Y/O
TELECONSULTA**

Fundación Hospital San Vicente de Paúl Rionegro (en adelante San Vicente Fundación)

Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

INTRODUCCIÓN

Antes que usted tome una decisión sobre la atención a través de telemedicina, lea cuidadosamente este documento y siéntase libre de formular al profesional que lo atiende todas las preguntas que considere necesarias, de modo que entienda el desarrollo del proceso de atención bajo esta modalidad, sus riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias. Así, usted podrá decidir de manera libre, voluntaria e informada si desea ser atendido de forma virtual o no.

Una vez que haya comprendido el proceso, y si usted desea ser atendido, tendrá la opción de enviar la imagen o el archivo escaneado de este documento firmado, en el que manifieste el consentimiento informado de atención, antes del momento de la consulta, al correo electrónico abcdef@sanvicentefundacion.com. Cuando esto no sea posible, el profesional tratante le preguntará si acepta o no el acto asistencial en el momento de la consulta, y dejará constancia de la decisión libre, voluntaria y consciente por parte del paciente o su representante en la historia clínica de la atención, así como de la información brindada sobre el alcance de la misma.

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La telemedicina constituye una modalidad de prestación de servicios de salud a distancia por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación para intercambiar datos y facilitar el acceso a los servicios de salud por parte de la población, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Esta relación a distancia puede incluir el uso de herramientas de video llamada en tiempo real entre uno o varios profesionales y un usuario.

- Entre los beneficios de la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina se incluye la mejora del acceso a la atención de pacientes que no pueden ver un profesional oportunamente debido a la distancia, a alguna discapacidad física, empleo, situaciones familiares, costos u otras circunstancias. Evita desplazamientos al paciente y contribuye a evitar situaciones de congestión y sobresaturación en las instituciones de salud, disminuyendo además el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles. Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos menos costosos. Constituye una alternativa que permite dar continuidad al seguimiento y manejo de pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas.
- Por otra parte, la atención por telemedicina puede hacer más difícil el análisis clínico por parte del profesional, al carecer de todas las herramientas del examen físico con que se cuenta en los servicios cara a cara, lo que podría llevar a conclusiones incompletas de su situación de salud. En todo caso, el profesional a su cargo le informará si se puede cumplir el objetivo con esta modalidad de atención o si se hace necesaria la visita presencial para disminuir dicho riesgo.
- Es responsabilidad del paciente o su representante instalar el aplicativo para la videoconferencia, realizar y confirmar el pago o copago según corresponda y enviar con anterioridad este formato de consentimiento informado, los resultados de las ayudas diagnósticas y resúmenes previos de historia clínica a través del canal indicado. También, se compromete a brindar información oportuna y veraz y a seguir a tiempo las instrucciones dadas por el profesional, por ejemplo, en caso de referirlo a un servicio de urgencias.
- San Vicente Fundación garantiza el uso de las técnicas y protocolos necesarios para evitar el riesgo de suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o fraudulento no autorizado a la información confidencial, en cumplimiento de lo preceptuado en la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 2654 de 2019. El paciente y/o su representante deben saber que existen excepciones obligatorias frente a la confidencialidad, incluyendo las situaciones de salud pública que son objeto de vigilancia por las autoridades.
- El paciente y/o su representante serán contactados por un agente autorizado por San Vicente Fundación que le brindará información sobre el paso a paso para ser atendido bajo la modalidad de telemedicina interactiva. Tras el encuentro virtual con el profesional de salud, le serán enviados a través de los medios establecidos para ello las órdenes, prescripciones e indicaciones a que haya lugar.
- Durante la atención pueden presentarse fallas o deficiencias en los equipos o programas de comunicación, lo que puede dar lugar a retrasos, distorsión o incluso a la finalización de la transmisión sin haber definido una conducta clínica. Una persona del equipo lo contactará para reanudar o programar una nueva consulta si fuera necesario, tan pronto como sea posible.
- También, se generará obligatoriamente una historia clínica. La institución garantizará la autenticidad, integralidad, disponibilidad y fiabilidad de su historial clínico y de la atención bajo esta modalidad, de conformidad con la normatividad vigente sobre la materia.
- La atención a través de la modalidad de telemedicina implica realizar la cancelación del pago/copago o cuota moderadora establecida con base en la norma. No se generarán costos adicionales para el paciente ni para su acudiente.
- El tiempo previsto para el desarrollo de esta actividad de telemedicina interactiva o teleconsulta es de entre 20 a 30 minutos, bajo el supuesto de que no se presenten fallas técnicas que retrasen la transmisión y que se realice un adecuado alistamiento.
- Como paciente o representante del paciente, tiene libertad para escoger la modalidad a través de la cual será atendido. Incluso puede desistir en cualquier momento del uso de modalidades de atención a través de telemedicina/telesalud y retirar este consentimiento, sin que esto afecte su derecho a recibir atención bajo cualquier modalidad en el futuro.

De conformidad con los lineamientos adoptados por La Fundación Hospital San Vicente de Paúl – Rionegro, y con la normativa vigente en Colombia y/o la que la modifique (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013), se le informa que los datos suministrados en este documento serán objeto de tratamiento según las finalidades descritas en nuestra Política de Protección de Datos Personales, tales como: asistenciales, comerciales, contractuales, académicas, investigativas y administrativas; y que para ejercer los derechos asociados con el Habeas Data: conocer, corregir, actualizar, rectificar o suprimir los datos personales suministrados podrá consultar nuestra política en el portal web www.sanvicentefundación.com o enviar su solicitud al correo electrónico datospersonales@sanvicentefundacion.com. Como la información suministrada en este documento contiene datos de naturaleza sensible (datos de salud, raciales, políticos, religiosos, etc.), se le hace saber al titular que no está en la obligación de otorgar el consentimiento para el tratamiento de los mismos.

La firma del presente documento, hará las veces de autorización expresa, libre, informada, voluntaria y explícita, para el tratamiento De los datos personales suministrados por el titular.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Con base en lo anteriormente descrito he decidido de manera libre, voluntaria e informada aceptar los beneficios y correr los riesgos previstos que acarrea la atención a través de la modalidad de telemedicina. El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

OBSERVACIONES O LIMITACIONES: _____

DATOS DEL PACIENTE				HUELLA (Si aplica)	DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE TOMA EL CONSENTIMIENTO	
Nombres y apellido (Paciente o representante)					Nombres y apellidos del profesional de salud	
Firma						
Tipo de documento	CC	CE	PASAPORTE			
Nro. Documento						
Parentesco(Si aplica)						
					Firma y Registro	

EXPRESIÓN DEL DISENTIMIENTO

Rionegro, Antioquia. Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

De manera libre y voluntaria, he decidido no aceptar o no continuar con la atención en la modalidad de telemedicina interactiva, asumiendo los riesgos y consecuencias previstas e imprevistas. De esta manera se exonera de toda responsabilidad ética, disciplinaria, civil y/o penal a la institución y a los profesionales tratantes.

RAZONES: _____

DATOS DEL PACIENTE				HUELLA (Si aplica)	DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE TOMA EL DISENTIMIENTO	
Nombres y apellido (Paciente o representante)					Nombres y apellidos del profesional de salud	
Firma						
Tipo de documento	CC	CE	PASAPORTE			
Nro. Documento						
Parentesco(Si aplica)						
					Firma y Registro	