CONSENTIMIENTO INFORMADO TELESALUD Y TELECONSULTA COVID-19

El siguiente es un formato, sugerido como guía para que el personal de la ESE SOLUCION SALUD brinde información al paciente sobre el proceso de atención o intervención clínica mediante la teleconsulta, sea esta en tiempo real (videoconferencia, llamada telefónica) o mediante almacenamiento y envío (correo electrónico), en el marco de la pandemia por COVID-19. De aceptarse el tratamiento o la intervención el paciente o su representante legal firma el documento y debe anexarse al expediente clínico de cada paciente. Para tales fines, el documento debe ser trasferido al paciente para que lo firme y lo escanee. Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por voluntad propia y debidamente informado (a), estoy de acuerdo en enviar la documentación que me solicita el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_, por el correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para que me realice un posible diagnóstico y plan de tratamiento aceptando lo siguiente: o Que los datos suministrados para la apertura del expediente clínico correspondiente a datos personales, queja principal, historia médica, historia dental son reales. o Que la información que será suministrada en la consulta virtual es de carácter confidencial entre mi persona y el, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. o Autorizo a el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a realizar una videoconferencia entendiendo que solo estamos presentes mi persona y el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. o Autorizo que la videoconferencia con el fin de recolectar datos sea grabada y que la grabación sea desechada una vez reciba mi persona el tratamiento correspondiente. Consentimiento informado Teleconsulta o Solicito que la información suministrada mediante correo electrónico sea de uso confidencial por parte del Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o los doctores especialistas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o Entiendo que la teleconsulta dental me guiará a un posible diagnóstico y un posible plan de tratamiento que podría ser cambiado en su totalidad una vez se realice la consulta presencial clínica, en caso de que el considere que esta es necesaria para la continuidad del tratamiento. O Que estoy en mi derecho de solicitar cuando así lo requiera como derecho de usuario, cualquier documentación (copia u original) que hubiese sido entregada al Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. O Que la información suministrada por el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en cuanto al posible diagnóstico y plan de tratamiento es acorde a un tratamiento integral que asegura calidad y seguridad en el tratamiento a recibir.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional o Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_