

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE TELESALUD

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Número de expediente: _____

Introducción:

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de salud en diferentes lugares compartan información individual con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir profesionales de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información puede utilizarse para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos del paciente
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccionales en vivo
- Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y *software* para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imagen del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción involuntaria.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a los profesionales de salud.
- Evaluación y gestión más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista distante.

Posibles riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento de salud, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no pueden limitarse a:

- En ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del profesional de salud;
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallas en el equipo;
- En muy raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información personal de salud;
- En raras ocasiones, la falta de acceso a registros de salud completos puede dar lugar a interacciones adversas

Inicie aquí después de leer esta página: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE TELESALUD

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud también se aplica a la telesalud, y que ninguna información obtenida en el uso de la telesalud que me identifica será revelada a los investigadores u otras entidades sin mi Consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telesalud, y puedo recibir copias de esta información a un precio razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternos de atención pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. La Dra. Vanessa Boglio Martínez ha explicado las alternativas de manera clara y concisa.
5. Entiendo que es mi deber informar a la Dra. Vanessa Boglio Martínez de las interacciones electrónicas con respecto a mí cuidado que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
6. Entiendo que puedo obtener beneficios del uso de la telesalud a mi cuidado.

Consentimiento del paciente para el uso de la telesalud:

He leído y entendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con mi especialista o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente, doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud para mi debido tratamiento.

Por la presente autorizo a la Dra. Vanessa I. Boglio Martínez a utilizar telesalud en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar para el paciente):

Si está autorizado como firmante, relación con el paciente:

Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Inicie aquí después de leer esta página: _____