

Consentimiento para telesalud

_____, identificado con la cédula de ciudadanía _____, por medio del presente escrito reconozco que la Telesalud es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina, Teleapoyo, Teleorientación en salud, los cuales se encuentran regulados por la Ley 1419 de 2010 y las Resoluciones 2694 y 3100 de 2020, emitidas por el Ministerio de Salud.

De igual manera reconozco que la telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia por parte de los profesionales de la salud con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. A su vez la Teleorientación en salud es el conjunto de acciones que se desarrollan con el fin de proporcionar al usuario información, consejería, asesoría en los distintos componentes de salud, el alcance de la orientación será informado en la consulta por parte del profesional de la medicina lo cual desde ya manifiesto aceptar y por último el teleapoyo, es la colaboración solicitada por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de las tecnologías de la información en el marco del relacionamiento entre profesionales.

Reconozco al doctor _____, médico especialista en _____, identificado con la cédula de ciudadanía _____, como mi médico tratante y lo autorizo para hacer uso de las modalidades de telesalud para mi atención médica y de igual manera autorizo que la información que se vaya a generar por cualquiera de estos medios sea usada en cualquiera de las fases de atención en salud: promoción, prevención diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Reconozco que en desarrollo de la atención se pueden generar los siguientes documentos:

- Historia clínica - Imágenes diagnósticas - Grabaciones de audio y video - Ingreso y salida de datos desde dispositivos médicos y archivos de sonido

Los mismos gozan de reserva legal y deben ser guardados y custodiados por el prestador del servicio de salud, de conformidad con la normatividad vigente en especial la Resolución 1995 de 1998.

He sido informado que los sistemas electrónicos utilizados incorporan protocolos de seguridad y software, vez cuentan con las medidas necesarias para proteger y garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad y fiabilidad de todo mi historial clínico y de la atención en esta modalidad.

Reconozco que a través de la telesalud se trata de tener mejor acceso a la prestación de la atención médica por parte de especialistas en situaciones que impiden la atención presencial, dando continuidad a la atención en salud y obteniendo la decisión de conductas médicas de manera más eficiente.

Reconozco que la prestación de servicios a través de las modalidades de telesalud se encuentra sometida al régimen común de las obligaciones en salud, generando obligaciones de medio para el

profesional, con fundamento en la autonomía profesional del especialista, por lo tanto el grado efectivo de mejoría no puede ser previsto o garantizado por el profesional.

Se me ha informado la posibilidad que se presenten riesgos en la atención en salud a través de telesalud adicionales a los normales que se conocen en la atención presencial, estos riesgos incluyen pero no se limitan a: - En determinado caso el especialista puede considerar que la información que se brinda no es suficiente y requerir la necesidad de realizar la consulta presencial; - Se pueden presentar retrasos e incluso finalización de la atención sin haber definido un conducta médica, lo anterior por fallas o deficiencias en el equipo o en los programas; - Aunque se me ha indicado el seguimiento de protocolos de seguridad por parte del especialista, eventualmente y con poca frecuencia podrían fallar los mismos causando la vulneración de la privacidad de mi información médica.

Bajo la gravedad de juramento reconozco que la información que he entregado al especialista y la que entregaré en el futuro es verdadera y cualquier anomalía que surja por la incorrecta o inadecuada información entregada de mi parte, no compromete la responsabilidad del especialista.

Se me ha explicado que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento para el uso de las modalidades de telesalud, lo cual no afectará mi atención o tratamiento en el futuro.

La atención por telesalud puede implicar la necesidad de realizar exámenes o ayudas diagnósticas en mi residencia o eventualmente asistir a alguna IPS a realizarlos, comprometiéndome a permitir realizar los exámenes o acudir al sitio indicado para ello por parte del especialista.

Reconozco que el consentimiento informado es un acto médico que inicia con la interacción con el especialista y se formaliza con el reconocimiento, aceptación y/o firma del documento de consentimiento.

Una vez explicado todo lo relacionado con la atención y absueltas las dudas, acepto y consiento para que se realice la consulta a través de las modalidades de telesalud por parte del doctor _____, especialista en _____.

En calidad de Representante Legal del menor _____, identificado con TI _____, autorizo a la atención en salud a través de las modalidades de telesalud, por parte del doctor _____.

Aceptado a los _____ días, del mes de _____, de 20__.

Firma del paciente

CC _____

Firma del médico tratante

CC _____