

Definición de Consentimiento Informado: Es la autorización que el paciente (o su representante) confiere al profesional de la salud para la realización de procedimiento o atención médica en **Clínica Las Américas y sus sedes integradas en red**, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar, sus objetivos, alternativas y riesgos. (Es responsabilidad del profesional de salud el correcto diligenciamiento del consentimiento).

DATOS DEL PACIENTE (Validación de Datos)

- Nombre
- Fecha de Nacimiento
- Tipo de documento de identificación y número

Descripción del Procedimiento propuesto: La Telemedicina involucra el uso de tecnología de telecomunicaciones y medios electrónicos para interactuar con usted, revisar su información médica para propósitos de diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. Durante su consulta de telemedicina, profesionales de la salud certificados examinarán detalles de su historial médico e información de salud personal, pueden ser tomadas grabaciones de video, audio y/o fotografías. Se enviará a su correo electrónico autorizado la historia clínica generada posterior a su atención.

Los sistemas electrónicos utilizados cuentan con todas las medidas de seguridad de la información e incorporan protocolos de seguridad de redes y de software, la privacidad y seguridad de los datos sensibles que son sometidos a reserva y confidencialidad.

Beneficios de la telemedicina:

- Accesibilidad remota a la atención médica, al permitir que el paciente permanezca en su ubicación mientras el médico le proporciona atención médica desde un sitio distante.
- Evaluación y tratamiento médico más eficiente.
- Obtener la atención de un especialista a distancia.
- Obtener su formulación médica y solicitud de exámenes en formato digital con validez para uso inmediato.
- Seguimiento continuo de su condición de salud en la comodidad de su casa.
- Disminuye los costos y riesgos de desplazamiento fuera de su entorno.

Posibles alternativas de manejo: Atención médica presencial.

Riesgos o posibles complicaciones:

- En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej. Baja resolución de las imágenes) para permitir una toma apropiada de decisiones médicas.
- Posibles demoras en la evaluación/tratamiento médico debido a deficiencias o fallos en el equipo electrónico
- En algunas ocasiones puede existir la vulneración a los códigos de seguridad de la información.
- En casos poco frecuentes, una falta de acceso a todos sus registros médicos puede ocasionar interacciones farmacológicas adversas o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, en calidad de paciente, certifico que he sido informado suficientemente sobre la atención por telemedicina; conozco sus beneficios, riesgos y complicaciones; las explicaciones dadas por el profesional de salud han sido suficientemente claros y los he comprendido a cabalidad. Por lo tanto, acepto mi atención médica por este medio electrónico con sus riesgos inherentes de mayor ocurrencia y autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y al profesional que lo va a realizar para que bajo su responsabilidad lo lleve a cabo y designe a los demás profesionales de la salud cuya participación sea necesaria. También entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO

Este consentimiento aplica para el representante legal, familiar o allegado del usuario cuando este no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva).

Dado que el beneficiario de la atención es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar el procedimiento descrito, el profesional de salud me ha explicado en mi calidad de representante legal familiar o allegado de forma clara, expresa y satisfactoria en que consiste el procedimiento, que es, como se hace para que sirve, igualmente me han explicado los riesgos y complicaciones de mayor ocurrencia que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para que le realicen los procedimientos descritos. También puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya acciones destinadas al logro del objetivo.

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA CON FINES DE INVESTIGACIÓN

Autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y todo su equipo de salud (incluido personal en formación debidamente supervisado) para que mi historia Clínica pueda ser consultada, y los datos consignados en ella puedan ser utilizados en proyectos de investigación científica desarrollados en la Clínica las Américas y sus sedes integradas en red. Entiendo que en ningún caso mis datos personales serán divulgados; que mi autorización representa un aporte valioso para la generación de conocimiento y el progreso de la ciencia; y que mi información personal será tratada conforme a las disposiciones legales de protección de datos y en cualquier momento puedo revocar el consentimiento

RECHAZO DE LA ATENCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE (representante legal, familiar o allegado)

Con base en la información anterior, manifiesto que **NO ACEPTO** la atención a través de Telemedicina propuesto por el profesional de salud tratante