	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMEDICINA	Versión: 02
		Vigente desde: 27-09-2024
		Código: FO-CE-200
		Página 1 de 2

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981, la resolución 2654 de 2019 y las guías Prácticas para la seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo: _____, con documento de identidad _____, en forma voluntaria consiento que se me realice la consulta por telemedicina, en categoría interactiva por parte de _____.

Para poder servir mejor a los usuarios, los servicios de salud ahora están disponibles a través de comunicaciones por medio de video interactivo y/o por medio de la transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de problemas del sector salud. A este proceso se le refiere como "Telemedicina". Esto significa que usted puede ser evaluado(a) y tratado(a) por un profesional en medicina General desde un lugar remoto. Ya que este puede ser diferente al tipo de consulta médica a la que está acostumbrado(a), es importante que usted entienda y esté de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- El médico general de la consulta estará en una ubicación diferente a la mía, yo como paciente, estaré ubicado en un sitio donde pueda recibir la consulta por medio de videollamada en la plataforma teams.
- Quedará registrado en mi historia clínica la realización de la teleconsulta con la inclusión de las recomendaciones dadas por el profesional de salud.
- Me comprometo a ser yo como titular/representante legal el único que usará la plataforma electrónica de teams para recibir la teleconsulta.
- Me comprometo a que la información que remita o entregue en la teleconsulta sea veraz.
- Entiendo que el profesional de salud se pondrá en contacto conmigo a través de la herramienta tecnológica teams, por mi autorizada, en la hora y fecha indicada, realizando un máximo de 3 intentos de contacto.
- El profesional en salud diligenciará la historia clínica electrónica y se conservará su archivo de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- Entiendo que las consultas por telemedicina, tienen la limitación de no poder acceder al examen físico, por lo que solo serán consultas en las que se interrogue al respecto de la formulación de medicamentos.

Beneficios de la telemedicina:


- Accesibilidad remota a la atención médica, permitiendo 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.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Directora Nacional de Régimen Subsidiado	Subgerente Regional Norte. Dir. UT	Gerente General

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMEDICINA	Versión: 02
		Vigente desde: 27-09-2024
		Código: FO-CE-200
		Página 2 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO (ASENTIMIENTO)

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).

Yo, _____, con documento de identidad _____, en forma voluntaria consiento que se me realice la consulta por telemedicina, en categoría interactiva por parte de _____ en calidad de persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que he leído el documento anterior, que lo he entendido a cabalidad, que he tenido el espacio y el tiempo para reflexionar sobre su contenido y para preguntar al personal de salud las dudas e inquietudes que este documento y en general el procedimiento que se me propone practicar me ha generado, las cuales me han sido resueltas en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. En consecuencia, he decidido lo siguiente:

____ **ACEPTAR** la consulta en modalidad Telemedicina propuesta por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, asumiendo los riesgos que conlleva e incluso otros que no me hubiesen sido advertidos por no ser conocidos por la ciencia médica en relación con esta modalidad de consulta.

____ **NO ACEPTAR**, la consulta en modalidad Telemedicina; Finalmente, manifiesto que la declaración anterior es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FECHA:		
Nombre y apellido del paciente:	Nombre y apellido del responsable:	Nombre y apellido del colaborador:
	Parentesco:	CC:
C.C.	C.C.	REG. No:
Firma	Firma	Firma

DISENTIMIENTO

Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

FECHA:	
Nombre y apellidos del paciente ó responsable:	Nombre y apellido del colaborador:
CC:	CC:
	REG.No:
Firma y/o Huella	Firma

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Directora Nacional de Régimen Subsidiado	Subgerente Regional Norte. Dir. UT	Gerente General