	<b>INSECAR S.A.S.</b> <b>Instituto Neuropsiquiátrico Nuestra Señora Del Carmen</b>	<b>Versión: 01</b>
	<b>Estándar: Procesos Prioritarios</b>	<b>Fecha:</b> <b>20/02/2020</b>

## Consentimiento informado en servicios bajo la modalidad de *Telemedicina Sincrónica y Tele-experticia Sincrónica.*

Nombre del Usuario: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

**Telemedicina/Tele-experticia** implica el uso de tecnologías de la comunicación e información para permitir la provisión de servicios de salud entre un miembro del personal de salud y usuarios que no se encuentran en la misma ubicación física. Las tecnologías de la comunicación e información incluyen el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el usuario y el proveedor de atención. De esta forma los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, enfermeras practicantes, especialistas y/o subespecialistas y terapeutas. La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina Sincrónica/Tele experticia Sincrónica que necesito conocer.

#### Beneficios esperados:

- Mejora del acceso a la atención al permitir que un usuario permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.
- Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.

#### Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- Una sesión no será exactamente la misma y puede que no sea tan completa como un servicio presencial.
- A pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la evaluación; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
- Los servicios basados en Telemedicina/Tele-experticia pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. Entiendo que si el proveedor de Telemedicina/Tele-experticia considera que se requieren otro tipo de servicios (por ejemplo, servicios de hospitalización o interconsulta), será derivado o remitido a otro servicio, y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia son cumplidas a tiempo.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa puede dar como resultado reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

#### Responsabilidades del usuario:

- No grabaré ninguna consulta sin el consentimiento por escrito de mi proveedor. Entiendo que mi proveedor no grabará ninguna de nuestras consultas sin mi consentimiento por escrito.
- Informaré a mi proveedor si alguna otra persona puede escuchar o ver alguna parte de nuestra consulta antes de que comience. El proveedor me informará si alguna otra persona puede escuchar o ver alguna parte de nuestra consulta antes de que comience.
- Entiendo que yo, no mi proveedor, soy responsable de la configuración de cualquier equipo electrónico utilizado para la consulta. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar el correcto funcionamiento de todos los equipos electrónicos antes de que comience mi consulta.
- Entiendo que mi proveedor determina si la afección que se diagnostica y / o trata es apropiada para un encuentro de Telemedicina/Tele-experticia.


#### Al firmar este formulario y/o declarara su lectura, entiendo lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento para compartir mi información de salud personal con Insecar y sus médicos/proveedores.
2. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la Telemedicina/Tele-experticia en el transcurso de la atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Telemedicina/Tele-experticia, y puedo recibir copias de esta información.

Avenida del Libertador # 15-61 Santa Marta D.T.C.H., Magdalena.

Insecar1561@hotmail.com

www.insecar.co

	<b>INSECAR S.A.S.</b> <b>Instituto Neuropsiquiátrico Nuestra Señora Del Carmen</b>	<b>Versión: 01</b>
	<b>Estándar: Procesos Prioritarios</b>	<b>Fecha:</b> <b>20/02/2020</b>

4. Entiendo que las otras formas de provisión de servicios de salud pueden estar disponibles, incluida la interacción presencial.
5. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la Telemedicina/Tele-experticia bajo mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
6. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada durante el curso del tratamiento es confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, la denuncia de abuso infantil, de personas mayores y de adultos vulnerables.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la modalidad de atención Telemedicina/Tele-experticia y todas mis preguntas pueden ser respondidas a mi satisfacción por vía electrónica comunicándome al correo [insecar1561@hotmail.com](mailto:insecar1561@hotmail.com). Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina/Tele-experticia en mi atención médica de salud mental por parte de Insecar.

En caso de solicitar una cita a través de la página web de la institución, al pulsar el botón de confirmación de su cita, se certifica que el usuario ha dado su consentimiento para utilizar la modalidad de Telemedicina/Tele-experticia de forma digital, teniendo en cuenta las contingencias causadas por la pandemia COVID-19, se mostró un enlace del consentimiento informado, el cual se aceptó su lectura y se le dio aprobación. Su respuesta afirmativa es vinculante, y funciona como constancia suficiente para adjuntarlo en su historia clínica y para fines administrativos. El usuario aceptó esta modalidad de tratamiento, que incluye la práctica de la atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.

**Firma del Usuario (o persona autorizada):**

---

**Fecha:**

**Si la firma es de una persona autorizada, favor añada la relación con el usuario:**

---