

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN DE TELE-MEDICINA

Fecha:

Yo,....., he sido informado por el profesional.....sobre la posibilidad de acceder a una consulta a través de un canal a distancia informal(por ejemplo llamada de whatsapp o telefónica). Me ha sido explicado, que, en cumplimiento del Decreto de Aislamiento social obligatorio, en el marco de la emergencia sanitaria decretada a partir de la pandemia por Coronavirus, se ha desaconsejado, durante el período de cuarentena establecido por el Estado, la atención médica ambulatoria.

Por este motivo, de manera excepcional, me ofrecen realizar una consulta por la vía mencionada. Si bien los profesionales se comprometen en lo personal a garantizar la confidencialidad de la consulta y a realizarla en un ambiente seguro, el canal de comunicación, será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo de la telemedicina. Por otra parte, la consulta remota comporta el riesgo de que el diagnóstico de la patología no sea el acertado, en razón de las limitaciones derivadas de la ausencia de contacto personal y de la posibilidad de revisión clínica, o de que no pueda realizarse un diagnóstico. Esta opción es ofrecida con el objetivo de tener una continuidad en mi atención mientras dure el período de aislamiento obligatorio.

Luego de las explicaciones brindadas, acepto realizar la consulta por la vía remota ofrecida por el profesional

Firma:

Aclaración:

DNI

### **Modalidad de uso:**

**Para la adhesión a la modalidad asistencial el profesional tratante debe enviar al paciente una foto del consentimiento completo, quien le responde la aceptación indicando nombre, apellido y DNI por el medio de comunicación seleccionado.**