Fecha: ____/____/_____

Nombre del paciente: _____

Documento de Identificación: _____ Edad: _____

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, tratamiento, rehabilitación, 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.

Riesgos o posibles complicaciones:

- Posibles demoras en la evaluación/tratamiento médico debido a deficiencias o fallos técnico 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.
- La transmisión de la información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de la información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
- En ocasiones, podrían presentarse demoras en la atención debido a deficiencias o fallas en la conectividad o en los equipos electrónicos.

Posibles alternativas de manejo: Atención médica presencial.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Declaro en pleno uso de mis facultades mentales que he recibido una explicación y descripción clara y en lenguaje sencillo sobre el servicio de Consulta Externa Especializada bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva que voy a recibir, mediante la cual un Profesional de la Salud, haciendo uso de una herramienta de videollamada, hará una valoración de mi estado de salud, con miras a obtener un concepto médico y a ordenar los medicamentos y/o tecnologías en salud que considere necesarios para mi tratamiento.

También se me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los beneficios, posibles riesgos y complicaciones, así, como las otras alternativas de tratamiento al servicio que voy a recibir, y la posibilidad de que los Profesionales de la Salud determinen la necesidad de cambio de modalidad en la atención, según la valoración que hagan de mi estado de salud o por fallas tecnológicas en el proceso de atención que impidan el cabal desarrollo de la misma.

Igualmente declaro que se me ha informado que para efectos de brindarme atención médica, autorizo expresamente a la CIFEL Centro de Investigación en fisiatría y Electrodiagnóstico para recolectar, clasificar, almacenar, utilizar, archivar y cualquier otra modalidad de tratamiento a mis Datos Personales, incluyendo mis Datos Sensibles, conforme a las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible para su consulta en la página web www.cifel.co, la cual puede ser modificada por la institución sin previo aviso. Estas finalidades incluyen soportar la atención medico asistencial, remitir información a su entidad aseguradora, gestionar procesos de cobro, realizar encuestas de satisfacción, elaborar estudios estadísticos, científicos y/o investigativos; enviar por cualquier canal (correo electrónico, SMS, físico) suministrados resultados de exámenes diagnósticos, de CIFEL Centro de Investigación en fisiatría y Electrodiagnóstico.

Comprendo perfectamente en qué consiste el servicio de consulta externa especializada en medicina física y rehabilitación bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva y que el servicio requiere de una conexión a internet estable, lo que puede implicar un consumo de datos celulares o de ancho de banda para el paciente (marque con una X): SI ☐ NO ☐

Autorizo el tratamiento de mis Datos Personales, incluyendo mis Datos Sensibles, para los fines previamente señalados, así como la posibilidad de grabación y almacenamiento en la nube hacia servidores nacionales o internacionales (marque con una X): SI ☐ NO ☐

Igualmente entiendo que tengo la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier antes y durante la Consulta, y que, en caso de no aceptar esta modalidad de tratamiento, puedo continuar recibiendo atención médica.

Autorización a mi familiar y/o cuidador

Ante la imposibilidad de mi familiar, yo en mi calidad de cuidador identificado con (CC) (CE) número _____, autorizo a CIFEL Centro Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico para que se le preste el servicio de Consulta Externa Especializada de Medicina Física y Rehabilitación bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva.

Autorizo el envío de los resultados de mi examen, al correo electrónico registrado

_____	_____
Firma del paciente o responsable	Firma del médico
CC:	CC o Tarjeta profesional:
Teléfono:	