 Clínica Oftalmológica de Cartagena	CONSENTIMIENTO INFORMADO TELECONSULTA	CODIGO: CINF-CEXT-005
	PROCESO: CONSULTA EXTERNA	VERSION: 0.1 F. DE ELABORACION: 16-04-2020 PÁGINA: 1 de 2

Historia Clínica No _____ Cartagena de Indias, Fecha: (DMA) _____

Yo, _____, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. _____, estando en pleno uso de todas mis facultades mentales y legales; de manera voluntaria y sin coacción alguna, declaro que he recibido toda la información necesaria para acceder y realizar una atención mediante la modalidad de **telemedicina**, definida como la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios, bajo alguna de las siguientes modalidades: 1. **Telemedicina interactiva** (llamada o video llamada), 2. **Telemedicina no interactiva** (correo electrónico o mensajes informativos), o 3. **Telexperticia** (entre dos profesionales de la salud).

En virtud de lo anterior, autorizo irrevocablemente a la **Unidad Oftalmológica de Cartagena**, a través de sus profesionales de salud, que utilice mi información personal y clínica para ser evaluado y realizar la construcción de mi historia clínica mediante alguna de las modalidades descritas, usando las tecnologías requeridas por la institución.

Así mismo, doy fe de que se me ha explicado que el personal médico que participará en el proceso de la Teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud y del episodio asistencial que cursa registrados en la historia clínica y los que se colecten en las sesiones de la misma; comprendo que mis datos personales serán tratados conforme a la protección, privacidad y confidencialidad requerida de acuerdo a la Ley 1581 de 2012.

Además se me ha informado sobre las ventajas, beneficios, riesgos y complicaciones del procedimiento de Teleconsulta, así:


1. Potenciales beneficios:

- Mejorar el acceso, la resolutivez, la continuidad y la calidad de la atención clínica.
- Impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de las TIC (Tecnología, Información y Comunicación)

2. Potenciales riesgos:

Tal como ocurre con procedimientos médicos, puede haber potenciales riesgos asociados con el uso de esta tecnología. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- La información enviada puede no ser suficiente (p. ej. imágenes de baja calidad) para dar lugar a una consulta concluyente por parte del especialista.
- La evaluación y el tratamiento médicos podrían demorarse debido a deficiencias o fallas en el equipamiento.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar, dando lugar a violaciones de privacidad de mi información médica confidencial.
- La falta de acceso a una historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico.
- No hay garantías de que la teleconsulta eliminará la necesidad de que consulte a un especialista en persona.

 Clínica Oftalmológica de Cartagena	CONSENTIMIENTO INFORMADO TELECONSULTA	CODIGO: CINF-CEXT-005
		VERSION: 0.1
	PROCESO: CONSULTA EXTERNA	F. DE ELABORACION: 16-04-2020
		PÁGINA: 2 de 2

Así mismo, me han propiciado un espacio para poder realizar las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; **SI () NO ()** doy mi consentimiento para que el acto médico vía telemedicina se pueda llevar a cabo.

Adicionalmente decido:

SI () NO () Consiento ser filmado o grabado a través de videos

SI () NO () Consiento ser fotografiado

SI () NO () Consiento ser filmado o grabado a través de audios

SI () NO () Consiento que utilicen mi Historia Clínica y mis imagines diagnosticas para fines científicos

Luego de haber leído y comprendido lo anterior y consiente que esta modalidad de telemedicina es con el fin de disminuir al máximo los riesgos de contagio por COVID-19:

ACEPTO _____ NO ACEPTO _____