

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CONSULTAS POR TELEMEDICINA (VIDEOCONFERENCIA-CONSULTORIOS VIRTUALES)

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Me han informado ampliamente que desde el Hospital y /o Centro de salud .....el/laDr/Dra ..... solicitó al Hospital ..... la realización de una videoconferencia interactiva a distancia llamada teleconsulta, en la cual se intercambiará información sobre el estado de mi salud.

Se me han informado que el médico y/ o equipo tratante que solicitó la videoconferencia participará y brindará la información necesaria acerca de mi salud (en formatos de texto, audio, video y/o imágenes) y que los médicos del Hospital consultado observarán, participarán y emitirán comentarios o sugerencias a distancia. Me han informado que los comentarios y sugerencias realizados por profesionales del dicho Hospital no reemplazarán el criterio médico del equipo tratante, estos últimos serán finalmente los que definan e implementen todos los procedimientos diagnósticos y de tratamiento. Me han informado que los profesionales intervinientes en la videoconferencia respetarán la privacidad y confidencialidad de mis datos personales como ocurre en cualquier consulta entre un paciente y el equipo de salud. Me han informado que puede ser necesaria la presencia de personal técnico, durante la videoconferencia con el fin de apoyar la transmisión a distancia. Me han permitido leer el texto de este consentimiento las veces que me fueron necesarias y han aclarado en forma satisfactoria mis dudas. He comprendido todo lo que me han informado, tanto espontáneamente como en respuesta a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_ hs.

**Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.**