



CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMEDICINA

(VIDEOCONFERENCIAS-CONSULTORIOS VIRTUALES- INTERVENCIONES QUIRURGICAS)

Me ha informado ampliamente el/la Dr/Dra:..... que en el día de la fecha..... Se realizara la trasmisión en vivo y en directo de la intervención quirúrgica..... a la cual seré sometido/a.

Yo.....DNI:.....

la realización de una videoconferencia interactiva a distancia llamada teleconsulta, en la cual se intercambiará información sobre el estado de salud de mi hijo/a:.....con DNI N°..... Me han informado que el médico tratante que solicitó la videoconferencia participará y brindará la información necesaria acerca de la salud de mi hijo/a (en formatos de texto, audio, video y/o imágenes) y que los médicos del Hospital Garrahan observarán, participarán y emitirán comentarios o sugerencias a distancia. Me han informado que los comentarios y sugerencias realizados por profesionales del Hospital Garrahan 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 los datos personales de mi hijo/a y mi familia 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, por lo que **consiento** en que se realice la teleconsulta con el Hospital Garrahan. Me han explicado que se le Informará a mi hijo todo lo necesario de acuerdo al nivel y posibilidades de comprensión.

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.

IMPORTANTE - PROFESIONALES
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.