

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA TELESALUD

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 \_\_\_\_\_

El Dr/Dra....., integrante del servicio de ..... , me ha informado que la realización de la consulta por Telesalud es a efectos de requerir la opinión de un profesional de la salud en virtud de ser parte de grupo vulnerable en esta emergencia sanitaria.

Así se me informa que dicho control consta de visitas virtuales que determinará el profesional tratante a cargo de la teleconsulta para diagnosticar y prescribir el tratamiento adecuado.

También se me informa, que la videoconsulta podrá registrarse en la plataforma ANDES en la HUDS ( Historia única digital de salud ) y/o en las plataformas de Telesalud y Comunicación a Distancia del Ministerio de Salud de la Nación.

Por ello, entiendo la información proporcionada anteriormente y declaro que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Se me informa que los datos personales que se obtendrán de cada una de las consultas están protegidos por la normativa vigente (Código Penal: art. 153- pena la violación de comunicaciones electrónicas, arts. 52 a 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 17.132 de Ejercicio Profesional de la Medicina, Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, Ley 25.506 de Firma Digital, Ley 26.529 de Derechos del Paciente y Ley 24.240 de Derechos del Consumidor) y los profesionales intervinientes en la videoconferencia respetarán la privacidad y confidencialidad.

Finalmente, entendiendo los riesgos y beneficios de la consulta de Telesalud, siendo que me han dado respuestas satisfactorias a mis preguntas sobre el procedimiento, es que doy mi consentimiento informado para participar en una visita virtual de Telesalud en los términos descriptos.

Doy mi consentimiento

No acepto

\_\_\_\_\_  
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.

## MUY IMPORTANTE

EL CONSENTIMIENTO QUEDARA ADJUNTO A SU HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DE SALUD (ANDES) POR LO QUE EL PROFESIONAL DEBERÁ ADJUNTARLO UNA VEZ QUE USTED LO HAYA LEÍDO, FIRMADO Y MANDADO POR CORREO ELECTRÓNICO U OTRA VIA QUE USTED DISPONGA SU ENVÍO .