



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD

### **Al firmar este formulario, entiendo y doy mi consentimiento a lo siguiente:**

Entiendo que la telesalud requiere la transmisión de información médica personal a través de internet y/u otros métodos de comunicación electrónica, para su uso en diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. La información médica personal transmitida puede incluir, entre otros, los siguientes datos:

- Informes de progreso, evaluaciones u otros documentos relacionados con la intervención •
- Datos bio-fisiológicos
- Vídeos, imágenes, mensajes de texto, audio y datos en formato digital

Entiendo que entre los proveedores de servicios médicos que participan en Telesalud puede haber médicos de cabecera, especialistas y/o subespecialistas, enfermeros profesionales, enfermeros titulados, auxiliares médicos y otros proveedores de servicios médicos que forman parte de mi equipo de atención clínica. Además, mis familiares, cuidadores u otros representantes legales o tutores pueden participar en el servicio de telesalud, y acepto compartir con ellos mi información médica personal cuando sea necesario.

Entiendo que otras personas que no pertenezcan a mi equipo de atención clínica o proveedores de consulta también pueden estar presentes y tener acceso a mi información durante el proceso de funcionamiento, mantenimiento o reparación del equipo informático, de vídeo o de audio que se usó. Estas personas respetarán las políticas de privacidad y seguridad vigentes.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud también aplican a los servicios de telesalud, y que la información que obtengan al usar los servicios de telesalud que me identifique no se divulgará a otros sin mi permiso o según lo permitan las leyes estatales y federales de la privacidad de la atención médica.

Entiendo que, como cualquier comunicación basada en internet, la telesalud implica un riesgo de violación de la seguridad. Los sistemas electrónicos usados incorporarán protocolos de seguridad de redes y programas informáticos para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imagen de los pacientes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Entiendo que las sesiones de telesalud no siempre son posibles. Las interrupciones de las señales o los problemas con la infraestructura de internet pueden causar problemas de emisión y recepción (por ejemplo,

mala calidad de imagen o sonido, conexiones interrumpidas y/o interferencias de audio) que impidan una interacción eficaz entre el médico o médicos de consulta, el participante, el paciente o el equipo asistencial.

Entiendo que la información médica que entrego en el momento de mi servicio de Telesalud puede ser la única fuente de información médica que usen los profesionales médicos durante el curso de mi evaluación y tratamiento en el momento de mi visita de Telesalud, y puede que esos profesionales no tengan acceso a mi historial o información médica completa.

Entiendo que me darán información sobre pruebas, tratamientos y procedimientos, según corresponda, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y opciones alternativas para mi atención médica a través de la visita de Telesalud.

Entiendo que puedo disponer de diversos métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o varios de ellos en cualquier momento. Mi proveedor me ha explicado las alternativas de forma satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a mantener o quitar mi permiso para el uso de servicios de telesalud en cualquier momento, sin afectar mi derecho al tratamiento.

Entiendo que si retiro mi consentimiento para la telesalud, eso no afectará a los futuros servicios o prestaciones asistenciales a los que tenga derecho.

Entiendo, que aunque puedo esperar los beneficios previstos del uso de los servicios de telesalud, los resultados no se pueden garantizar ni asegurar.

**Por la presente doy mi consentimiento para el uso de Telesalud en la prestación de atención, en los términos y condiciones establecidos anteriormente.**

Al firmar a continuación, certifico que soy el paciente y que tengo 18 años o más, o que soy el representante legal del paciente, o que estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento.

He leído atentamente y comprendo las declaraciones anteriores. He recibido respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento informado formará parte de mi historial médico.

---

Firma del paciente o de su representante legal

---

Fecha y hora

---

Nombre en letra de molde del paciente o de su representante legal    Tipo de relación con el paciente