

**Autorización y consentimiento informado del paciente
para participar en telemedicina**
Patient Authorization and Informed Consent to Participate in Telemedicine

Nombre del paciente:

Ubicación física del paciente:

- La telemedicina aplica tecnología de videoconferencia para facilitar la tarea de brindar atención médica. De esta forma, los médicos de un centro a distancia pueden proporcionar servicios virtuales de atención médica a pacientes que se encuentran en otro lugar. La información que se obtiene a través de la telemedicina puede utilizarse para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento o la educación y puede incluir, entre otros, los siguientes: (1) registros médicos; (2) imágenes médicas (es decir, radiografías, etc.); (3) audio y video bidireccionales y en vivo; (4) datos proporcionados por dispositivos médicos y archivos de sonido y video.
- La telemedicina usará seguridad de red y de software para proteger la confidencialidad del paciente y resguardar los datos.
- La atención y los registros médicos continúan siendo responsabilidad del médico tratante local del paciente.

Beneficios esperados: (1) Mejor acceso a la atención médica, ya que los pacientes pueden permanecer en un establecimiento de atención médica local; (2) Evaluación médica y control más eficaces, y (3) Acceso a la experiencia de un especialista.

Entre los posibles riesgos se incluyen, entre otros, los siguientes: (1) El médico del centro a distancia puede decidir que la información transmitida no es suficiente, por lo que es necesario realizar una consulta en persona; (2) Demoras en el tratamiento debido a las limitaciones o las fallas del equipo; (3) Los protocolos de seguridad pueden fallar y provocar una violación de la confidencialidad o la privacidad de la información médica protegida.

COMPRENDO LO SIGUIENTE: (1) Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina; (2) No se divulgará a investigadores u otras entidades la información que permita la identificación del paciente sin mi consentimiento; (3) Tengo derecho a rehusarme a otorgar mi consentimiento para el uso de telemedicina o a retirarlo en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro; (4) Tengo derecho a inspeccionar la información obtenida y registrada durante una interacción por telemedicina y puedo recibir copias de esa información por una tarifa razonable; (5) Se me explicaron las alternativas a las consultas por telemedicina; (6) Es posible que, con instrucciones del médico del centro a distancia, algunas partes del examen que impliquen pruebas físicas estén a cargo de personas en mi ubicación; (7) La telemedicina puede requerir la comunicación electrónica de mi información médica protegida a otros profesionales de atención médica que participan en mi atención, quienes pueden encontrarse en otras áreas, incluso fuera del estado; (8) La telemedicina presenta limitaciones, y sería ideal realizar un examen en persona, pero el médico del centro a distancia no puede examinarme de esa forma; (9) Los resultados no pueden garantizarse ni asegurarse; (10) Pueden estar presentes otras personas, además de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica de consulta, que deberán mantener la confidencialidad de la información obtenida; se me informará sobre su presencia.

Consentimiento del paciente para el uso de telemedicina

Comprendo la información brindada anteriormente sobre la telemedicina y la he analizado con mi médico; además, todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Otorgo el consentimiento para el uso de telemedicina en mi atención médica.



Consent Form

Patient Label

Page 1 of 2

ACEPTO EL USO DE TELEMEDICINA. Coloque su firma y la fecha a continuación si está de acuerdo.

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha/Hora

Nombre del paciente/representante autorizado,
en letra de imprenta

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha/Hora

Nombre del testigo, en letra de imprenta

Firma del intérprete

Fecha/Hora

Nombre del intérprete, en letra de imprenta

Se me ha ofrecido una copia de este formulario de consentimiento (iniciales del paciente): _____

