



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

SERVICIOS DE TELESALUD

La telesalud implica el uso de información electrónica y tecnologías de comunicación para brindar servicios de atención médica a pacientes que se encuentran en un lugar diferente al del proveedor. Esto incluye, entre otros, videoconferencias, comunicación por audio y mensajería de texto.

BENEFICIOS POTENCIALES

- Mayor accesibilidad a la atención
- Reducción de tiempos de espera
- Comodidad

RIESGOS POTENCIALES

- Examen físico limitado
- Problemas técnicos, como fallas de conexión
- Brechas de seguridad

CONSENTIMIENTO

Entiendo lo siguiente:

- Las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud.
- Tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud en cualquier momento.
- La atención puede no ser tan completa como en un servicio presencial.
- Debo tomar precauciones para garantizar la privacidad de mi entorno durante las consultas de telesalud.

He leído y comprendido la información proporcionada sobre los servicios de telesalud, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en consultas de telesalud con el proveedor indicado a continuación.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Tutor/Representante
(si aplica)

Relación con el Paciente

Fecha