

Consentimiento Informado para Tele Salud

Considerando que el Ministerio de **Salud y Protección Social**, mediante **Resolución 385 de 2020** declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el **31 de AGOSTO de 2020**, y que en el marco de esa contingencia es deber adoptar una cultura de prevención y de minimización del riesgo, el **Dr.(a) EUGENIA CECILIA ROBINSON DAVIS** con fundamento en lo previsto en el artículo **10 de la Resolución 2654 de 2019**, ha puesto a su disposición el servicio de **TELE SALUD**, con el fin de proporcionarles información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

1. Cómo funciona la atención mediante el uso de tecnologías.

1.1 Consentimiento informado y autorización de tratamiento de datos: Se enviará al paciente o usuario el consentimiento informado junto la autorización para el tratamiento de datos personales los cuales deberán ser firmados, escaneados y enviados a la siguiente dirección de correo electrónico: **gabrielvirtual29@gmail.com**, de acuerdo a lo previsto en el **parágrafo 2 del artículo 8 del Decreto 538 de 2020**.

1.2 Invitación: Una vez firmado por el usuario el presente consentimiento informado y la autorización para el tratamiento de sus datos personales, se le enviará una invitación al correo electrónico que sea suministrado para efectos de contacto y comunicación con el propósito de llevar a cabo una sesión mediante la modalidad de **TELE SALUD**.

En la invitación se indicará la hora en la que se llevará a cabo la orientación por parte del **Dr(a). EUGENIA CECILIA ROBINSON DAVIS**. En caso de no poderse establecer contacto dentro de los primeros **quince (15) minutos** luego de la hora señalada la invitación la sesión será cancelada y reprogramada según disponibilidad.

La sesión se efectuará, a través de una video llamada en tiempo real, la cual podrá ser grabada, por lo que mediante el presente consentimiento autorizo expresamente la posibilidad de que la sesión de **TELE SALUD** sea grabada en los términos previstos en la **Resolución 2654 de 2020**.

En caso de que la sesión sea grabada la grabación será incluida como documento electrónico en la **Historia Clínica**.

1.3 Identificación El **Dr(a). EUGENIA CECILIA ROBINSON DAVIS**, previo al inicio de la asesoría, se identificará, y así mismo deberá realizarlo el paciente indicando nombres y apellidos, tipo de documento de identificación y el número, género, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual, número telefónico y dirección de correo electrónico.

1.4 Orientaciones o asesoría: Con base en la información suministrada por el usuario se emitirán las orientaciones que correspondan en el marco de los esquemas de atención no presencial basados en **TELE SALUD**

El usuario tendrá la posibilidad de realizar las preguntas que requiera durante la realización de la atención, destacando la importancia de acoger las recomendaciones que le hayan sido brindadas en el marco de la atención.

En caso de que deba entrar personal de salud adicional a la video llamada, se le informará al usuario previamente para que autorice, o no, el ingreso del personal adicional, y así lo manifieste verbalmente durante la atención.

En caso de fallas en la comunicación, se intentará reestablecer el contacto durante quince (15) minutos. De no ser posible restablecer el contacto, se programará la atención según disponibilidad.

De conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la **Resolución 2654 de 2020**, y, si el usuario o paciente así lo solicita, se le entregará copia o resumen de la orientación brindada por el profesional.

2. Al cance del servicio:

La atención que se brinda a través de **TELE SALUD** tiene como finalidad proveer información, asesoría y consejería en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, y, por tanto, **NO reemplaza la consulta presencial**.

La consulta presencial será realizada en todos los casos en los que por su condición clínica se considere necesaria para profundizar en la atención que ha sido brindada y definir, complementar, o ajustar el plan de tratamiento o cuando no se cuenten con los medios tecnológicos para llevar a cabo la orientación en esta modalidad en condiciones de calidad y seguridad.

Igualmente, dependiendo de su condición clínica, y de la información que sea brindada por su parte, es posible que la atención derive en atención domiciliaria, en la programación de cita prioritaria, consulta por urgencias u hospitalización según el caso.

Finalmente se informa que la información generada en el esquema de atención por **TELE SALUD** podrá hacer parte de su **Historia Clínica**.

3. Beneficios y Riesgos:

Los esquemas de atención no presencial mediante el uso de las tecnologías de la información representan la generación de los siguientes riesgos y beneficios:

3.1 Beneficios:

- Mejorar el acceso, continuidad, y oportunidad de la orientación médica y el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento de las medidas de aislamiento preventivo establecidas por el gobierno nacional.
- Implementación de medidas de prevención y minimización del riesgo de contagio.
- Disminución del tiempo de contacto personal.
- Reducción de los tiempos de programación para la cita.

3.2 Posibles riesgos: Algunos de los posibles riesgos son, pero sin limitarse a:

- Los servicios basados en **TELE SALUD/TELE ORIENTACION** no tienen el alcance de los servicios presenciales, y, por lo tanto, es posible que sea necesario derivar la atención a otras modalidades de atención.
- Que la información suministrada por el paciente sea incompleta e inexacta y ello genere deficiencias o inconsistencias en la indicación u orientación médica brindada.
- De conformidad con lo previsto en el artículo 8 del **Decreto 538 de 2020**, mediante el cual se adoptaron medidas en el sector salud para contener y mitigar la pandemia de **COVID-19**, se tomarán las medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad con las que se cuentan en este momento para proteger los datos personales

suministrados y la confiabilidad de la información, pero excepcionalmente pueden presentarse fallas que afecten la privacidad de la información.

- Dado el alto tráfico que presentan las redes, es probable que la comunicación se vea interrumpida o presente deficiencias en la calidad de audio o sonido prevista para la misma.

4. Responsabilidades:

4.1 Responsabilidad del profesional: Es responsabilidad del profesional de la salud brindar la orientación, asesoría o consejería en el marco del modelo de atención no presencial de acuerdo a la información que sea brindada por el paciente o usuario, y, con base en ello definir el manejo médico indicado. En caso de considerarlo necesario el profesional de la salud puede cancelar o abstenerse de realizar la atención justificando las razones de su decisión las cuales serán oportunamente informadas al paciente o usuario.

4.2 Responsabilidad del paciente o usuario: El usuario, en el marco de la atención no presencial deberá:

- Atender la llamada en la hora y por la vía definida por el profesional de la salud.
- Brindar información completa, precisa y suficiente con el propósito de suministrar al profesional los datos clínicos y la información relevante y necesaria para ajustar la indicación u orientaciones a su condición clínica particular.
- Atender las recomendaciones brindadas por el profesional de la salud y adherir a los planes de tratamiento que se hayan fijado.
- Informar oportunamente la imposibilidad de conectarse o vincularse a la cita para la orientación programada.
- Tener disponibilidad de los medios tecnológicos necesarios para llevar a cabo la atención con el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.
- Solicitar la cita prioritaria o acudir a los servicios de urgencia en caso de presentarse algunos de los signos de alarma que han sido explicados por el profesional de la salud.

5. Protocolo de contacto

a. Identificación del Usuario en la plataforma tecnológica, indicando nombres y apellidos, tipo de documento de identificación y el número, sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual, número telefónico y dirección de correo electrónico.

b. Identificación del profesional de salud.

c. Motivo de consulta y formulación de preguntas específicas por el profesional de salud.

d. Formulación de las orientaciones o recomendaciones.

e. Formulación de preguntas y dudas por parte del Usuario.

f. Cierre de herramienta de video llamada.

6. Declaraciones:

6.1 Que he sido informado(a) con antelación y de forma clara, acerca de cómo funciona la atención mediante el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, cual es el alcance la atención, sus

riesgos, beneficios y responsabilidades, cual es el manejo de la privacidad y de la confidencialidad, el manejo de los datos personales, el protocolo de contacto, las condiciones para la prescripción de tecnologías en salud, los procedimientos a seguir en caso de emergencia, los procedimientos a seguir en caso de fallas tecnológicas y los riesgos de violaciones a la confidencialidad durante las consultas virtuales.

- 6.2 Que de acuerdo con lo anterior autorizo se me brinde la atención mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.
- 6.3 Que entiendo las ventajas, beneficios y riesgos del servicio de la atención mediante el uso de tecnologías de la información y telecomunicaciones.
- 6.4 Que conozco y asumo los riesgos de acceder al uso de la plataforma.
- 6.5 Que me comprometo a informar de manera veraz los datos necesarios que solicite el profesional de la salud, con el propósito de obtener una orientación adecuada con mi cuadro clínico particular.
- 6.6 Que he leído en su totalidad el presente consentimiento y comprendo mis obligaciones y deberes como usuario del servicio de atención mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.
- 6.7 Que autorizo expresamente la grabación de la VIDEO LLAMADA que se realice en el marco de la atención no presencial con uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.

Firma de Usuario o Paciente

C. C#

Nombres y Apellidos