

	MEDICOOP IPS LTDA	
	Código: RH-F-70	
CONSENTIMIENTO INFORMADO TELECONSULTA	Fecha: 18/08/2020	
	Versión: 1	
	Documento Controlado	

SERVICIO PROFESIONAL MÉDICO DE TELECONSULTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Tipo de Documento:		N° de Documento:	
Edad:		Dirección:	
Correo Electrónico:			

De ser el caso,

Nombre y Apellidos del representante u apoderado:			
Tipo de Documento:		N° de Documento:	

Declaro haber sido informado por MEDICOOP IPS LTDA, para realizar una tele-consulta que consiste en remitir información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de video conferencia entre el tele-consultante y el tele-consultado, para ser evaluado por un profesional de la salud.

El personal participante en todo el proceso de la tele-consulta tratara mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se colecten en la sesiones de tele-consulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al centro consultante tratar estos datos personales en la condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al centro consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de tele-consulta. He realizado la lectura de la política de privacidad y confidencialidad de la IPS prestadora del servicio de tele-consulta y he realizado las preguntas que considero oportunas las cuales han sido resueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; así como que seré informado antes del inicio de la video conferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la tele-consulta será registrada en la historia

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

*Consiente de mis derechos y de forma voluntaria, en cumplimiento de la normatividad legal vigente **SI** () **NO** () doy mi consentimiento para que el acto médico vía tele-consulta se pueda llevar a cabo para el servicio de _____ con el Doctor _____*

Firma del paciente / Firma del representante legal u apoderado.