



Concepto

La teleconsulta corresponde a una consulta a la distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí.

Su principal beneficio durante la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 es permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica, sin exponerse al riesgo de contagio. Adicionalmente, es muy utilizada ante la ausencia de especialistas en lugares remotos o sin acceso a profesionales de la salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Limitaciones

No obstante, la teleconsulta presenta los siguientes riesgos y limitaciones:

- No reemplazará la atención presencial, toda vez que carece de la posibilidad de efectuar examen físico entre otros,
- Puede verse alterada por dificultades tecnológicas,
- Si no se toman los resguardos la información podría verse vulnerada en cuanto a la confidencialidad e inviolabilidad de la misma,
- En ausencia de la posibilidad de hacer un examen físico, no sería posible establecer con exactitud diagnósticos, ni tampoco prescripción certera de tratamiento, por lo que es posible que el paciente sea derivado a una consulta presencial

Por el presente documento entiendo que:

- 1) Accedo a compartir mi información por vía tecnológicas con un profesional que será el receptor de la misma,
- 2) Entiendo que excepcionalmente puede verse vulnerada la información otorgada en cuanto a su privacidad o confidencialidad.
- 3) Me obligo al inicio y durante toda la realización de la teleconsulta a encontrarme en un lugar en donde se respete la privacidad.
- 4) Entiendo que la teleconsulta de forma alguna

reemplazará la atención presencial y que podría ser incompleta precisamente al carecer de la realización de examen físico.

5) En mi caso particular, la teleconsulta se ha visto justificada por _____ (falta especialistas, emergencia sanitaria, etc).

6) Entiendo que la comunicación podría verse alterada por fallas de tipo tecnológicas, ajenas a la voluntad de mi tratante.

7) Consiento a que todo o parte de la transmisión sea grabada. No obstante ello, la institución se encargará por velar la seguridad y confidencialidad de la misma, la que con todo en casos excepcionales podría verse vulnerada.

8) Comprendo que los diagnósticos que se me pueden plantear están efectuados sobre la base de antecedentes incompletos y que por lo mismo, podrían generarse errores en su planteamiento.

9) Que en atención a lo anterior y considerando la justificación de realizar la teleconsulta, me comprometo a, cuando las circunstancias lo permitan, a consultar a un especialista en forma presencial.

Al inicio de la teleconsulta el médico me consultará si estoy de acuerdo o no con los términos del presente protocolo de consentimiento, el cual quedará registrado.

Entiendo que en todo momento durante la realización de la teleconsulta puedo revocar mi consentimiento, optando en cualquier momento a la atención presencial para lo cual el médico me pedirá señalarlo expresamente y también quedará registro de ello, finalizando así la teleconsulta.

Si los medios tecnológicos lo permiten y si estoy de acuerdo con los términos del presente consentimiento, procedo a firmar y entregárselo vía remota al médico. En los casos en donde no exista esta posibilidad, el profesional que otorgue la atención deberá dejarlo consignado en el registro clínico.

Nombre paciente: _____

RUT: _____ **Fecha:** _____

Firma Paciente:

**Médico
tratante:** _____