



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TELEMEDICINA DURANTE LA EMERGENCIA DEL COVID-19

Este modelo de consentimiento está creado para facilitar el acceso de los pacientes a la Telemedicina durante la emergencia generada por la pandemia del COVID-19, conforme a la Resolución Conjunta RC-19-2020. Esta resolución permite a los médicos autorizados a ejercer medicina en Puerto Rico a practicar la Telemedicina durante esta emergencia, para atender la necesidad de mantener el acceso a servicios médicos y minimizar la exposición de pacientes y médicos a contagio.

Este modelo es sólo un formato y no pretende ser utilizado tal cual aquí mostrado. Es un ejemplo cuya intención es asistirle en el desarrollo de un documento atemperado a su práctica particular. El único propósito de este ejemplo de consentimiento es que sea utilizado como material de referencia. El mismo no constituye asesoramiento legal y lo compartimos como parte de nuestras iniciativas de apoyarle en el manejo de su práctica. Si lo considera apropiado, solicite que su asesor legal evalúe este modelo y le ayude a determinar si es apropiado para su práctica médica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - TELEMEDICINA

Nombre del Médico: _____

Nombre del Paciente: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
DD MM AAAA Récord Médico: _____

Fecha en que el Consentimiento Informado fue discutido : ____/____/____ Hora: _____
DD MM AAAA

INTRODUCCIÓN

La Telemedicina o medicina a distancia envuelve el uso de recursos tecnológicos seguros para facilitar que proveedores de salud ofrezcan cuidado al paciente cuando un encuentro tradicional personal no es posible, necesario o recomendable, siendo más seguro, accesible y prudente una interacción médico-paciente virtual.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Acceso a atención médica durante la pandemia del COVID-19.
- Proteger al paciente del riesgo de contagio durante la pandemia del COVID-19.
- Evaluación y seguimiento médico más eficiente.
- Acceso a consultas con especialistas a distancia.

POSIBLES RIESGOS

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas.
- Retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas en los sistemas de comunicación.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una brecha en la privacidad de la información de salud del paciente.

Favor de escribir sus iniciales después de haber leído esta página: _____

Este modelo es sólo un formato y no pretende ser utilizado tal cual aquí mostrado. Es un ejemplo cuya intención es asistirle en el desarrollo de un documento atemperado a su práctica particular. El único propósito de este ejemplo de consentimiento es que sea utilizado como material de referencia. El mismo no constituye asesoramiento legal y lo compartimos como parte de nuestras iniciativas de apoyarle en el manejo de su práctica. Si lo considera apropiado, solicite que su asesor legal evalúe este modelo y le ayude a determinar si es apropiado para su práctica médica.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DECLARO LO SIGUIENTE:

1. Por este medio autorizo a que se determine si la condición de salud que presento es apropiada para ser tratada por Telemedicina.
2. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la Telemedicina bajo mi cuidado, pero que no me pueden garantizar ni asegurar los resultados.
3. Entiendo que, de requerir atención de emergencia, cabe la posibilidad de que mi médico me refiera a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda.
4. Entiendo los métodos alternos de atención médica disponibles, incluyendo la atención cara a cara y que puedo elegir otra alternativa en cualquier momento.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de mi información médica también aplican a la Telemedicina.
6. Entiendo que la información médica recopilada durante mis consultas de Telemedicina podría ser compartida con otros profesionales de la salud para el propósito de mi diagnóstico y tratamiento.
7. Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme de brechas en la confidencialidad causadas por terceros que puedan tener acceso a mis comunicaciones electrónicas sin mi autorización.
8. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar en cualquier momento mi consentimiento para el uso de la Telemedicina en el curso de mi cuidado, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
9. Entiendo que puede haber otras personas presentes durante mi consulta, por lo cual, autorizo a las siguientes personas a estar presentes:

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10. Entiendo que la información de facturación de Telemedicina se obtiene igual que en una visita regular. Los servicios de mis consultas de Telemedicina serán facturados a mi compañía de seguro de salud. Yo seré responsable de cualquier costo que mi compañía de seguro no cubra.
11. Entiendo que, al firmar este consentimiento, estoy reconociendo la vulnerabilidad de los protocolos de seguridad aun tomándose las medidas apropiadas, así como la posibilidad de que se afecte el tratamiento o la consulta médica provista por telemedicina debido a deficiencias o fallas en los sistemas de comunicación.
12. Estoy ubicado físicamente en Puerto Rico.
13. He sido debidamente informado y orientado por mi médico, el (la) Dr.(a) _____ previo a recibir sus servicios de salud por medio de la Telemedicina, sobre los beneficios, distintas alternativas de tratamiento disponibles y riesgos que representa el que reciba cualquier tipo de atención o cuidado médico por este medio de la Telemedicina.

Favor de escribir sus iniciales después de haber leído esta página: _____

Este modelo es sólo un formato y no pretende ser utilizado tal cual aquí mostrado. Es un ejemplo cuya intención es asistirle en el desarrollo de un documento atemperado a su práctica particular. El único propósito de este ejemplo de consentimiento es que sea utilizado como material de referencia. El mismo no constituye asesoramiento legal y lo compartimos como parte de nuestras iniciativas de apoyarle en el manejo de su práctica. Si lo considera apropiado, solicite que su asesor legal evalúe este modelo y le ayude a determinar si es apropiado para su práctica médica.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA TELEMEDICINA

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la Telemedicina durante la emergencia del COVID-19, la he discutido con mi médico y todas mi preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Por lo cual:

CONSIENTO **NO CONSIENTO**

compartir mi información de salud personal con el (la) Dr(a) _____ y al uso de la Telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

En caso de no autorizar el uso de la Telemedicina, recibí explicación de los riesgos y consecuencias de mi decisión y las alternativas disponibles para evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de mis condiciones.

Nombre del Paciente o Representante: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Firma del Paciente o Representante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____
DD MM AAAA

Hora: _____

Si es Representante Autorizado: _____ Razón por la cual el Paciente no puede firmar: _____
Relación con el Paciente

Nombre del Testigo _____

Firma del Testigo _____

Fecha: ____ / ____ / ____
DD MM AAAA

Hora: _____

Nombre del Médico _____

Firma del Médico _____

Fecha: ____ / ____ / ____
DD MM AAAA

Hora: _____

Me han ofrecido copia de este Consentimiento Informado: _____
Iniciales del paciente

Este modelo es sólo un formato y no pretende ser utilizado tal cual aquí mostrado. Es un ejemplo cuya intención es asistirle en el desarrollo de un documento atemperado a su práctica particular. El único propósito de este ejemplo de consentimiento es que sea utilizado como material de referencia. El mismo no constituye asesoramiento legal y lo compartimos como parte de nuestras iniciativas de apoyarle en el manejo de su práctica. Si lo considera apropiado, solicite que su asesor legal evalúe este modelo y le ayude a determinar si es apropiado para su práctica médica.