

	<b>DOCUMENTO INFORMATIVO Y CONFORMIDAD</b>
--	--

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE ATENCIÓN MEDIANTE SERVICIOS DE TELEMEDICINA**

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15-11-02), le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, información sobre **ATENCIÓN MEDIANTE SERVICIOS DE TELEMEDICINA**. No obstante, dicha información le ha sido ya sucintamente facilitada de forma oral por el médico que suscribe, que asimismo y a requerimiento de Vd. ha ido contestando a todas las preguntas objeto de su interés y relacionadas con el tratamiento. El presente documento no es sino la transcripción gráfica de dicha información, a fin de facilitar su comprensión y motivar una autorización reflexiva y pausada.

**Por favor, firme o ponga sus iniciales en cada página para indicar así que las ha leído y firme el documento de consentimiento para el procedimiento propuesto por su médico.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_

**DECLARO:**

Que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que la **TELEMEDICINA** implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los médicos en diferentes lugares compartan información médica individual con su paciente, con el fin de mejorar su atención. La comunicación electrónica significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y vídeo que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y su médico. Un sitio de origen es la ubicación del paciente beneficiario. El sitio distante es donde residen el médico durante el tiempo de la consulta. La información puede ser utilizada para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de redes y de software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y los datos de imágenes, e incluyen medidas para salvaguardar los datos de salud y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o involuntaria.

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina que necesito conocer.

Ya que este tipo de medicina puede ser diferente al tipo de consulta al que está acostumbrado es importante que entienda y esté de acuerdo con las siguientes declaraciones:

1. El médico estará en una ubicación diferente a la mía.
2. Se me informa que si hubiera personal adicional presente además de mi médico para que pueda dar permiso antes de que entre el personal adicional o valore mi historia clínica.
3. Quedará registrada en mi historia digital la realización de la consulta telemática con la inclusión de las recomendaciones médicas dadas por el médico.
4. Entiendo y doy mi autorización para el uso de la plataforma \_\_\_\_\_ como medio para transmitir y recibir información médica referida a mi tratamiento médico al igual que se hace en una consulta presencial.
5. Entiendo que el uso de la plataforma \_\_\_\_\_ tiene como único objeto el desarrollo de una consulta de telemedicina para la asistencia médica a distancia.
6. Me comprometo a que la información remitida a mi médico a través la plataforma \_\_\_\_\_ o mediante correo electrónico sea veraz.
7. Entiendo que tengo la opción de rechazar los servicios de telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir cuidados médicos o tratamiento en un futuro, sin correr el riesgo de perder los beneficios de la telemedicina.

Entre los beneficios esperados, se incluyen los siguientes:

- Mejora del acceso a la atención, al permitir que un paciente permanezca en su casa mientras recibe atención médica o consejos de salud.
- Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.
- Obtener su prescripción médica, solicitud de exámenes y/o pruebas complementarias y certificados médicos, en formato digital con validez para uso inmediato.
- Seguimiento continuo de su condición de salud, en la comodidad de su casa.
- Disminuye los costos y riesgos de desplazamiento fuera de su entorno.
- Dada la situación actual de pandemia por COVID-19, este tipo de atención resulta especialmente recomendable en pacientes que, por su especial situación de vulnerabilidad, tengan desaconsejadas las visitas presenciales.

Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, baja resolución de las imágenes) para permitir una toma apropiada de decisiones médicas por parte del médico.
- Podrían ocurrir demoras en la evaluación/tratamiento médico, debido a deficiencias o fallos en el equipo electrónico y/o en los sistemas de comunicación.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que podría provocar una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa puede dar como resultado reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.
- No hay garantías de que la teleconsulta elimine la necesidad de que consulte a un médico en persona.

El propósito de esta información es que el paciente conozca mejor las características de este servicio médico y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento de telemedicina. Por eso al firmar este consentimiento, entiende y está de acuerdo en:

1. Puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención médica, pero que los resultados, como en la atención médica habitual, no pueden ser garantizados.
2. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y seguridad de la información de salud también se aplican a la telemedicina y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina, la cual me identifica, será revelada a terceros sin mi consentimiento por escrito.
3. Comprendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento en el futuro.
4. Comprendo que puedo tener a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento. Mi médico me ha explicado las alternativas.

ME CONSTA que mis datos van a ser tratados de forma automatizada, lo cual autorizo habiéndome sido explicados mis derechos de conformidad con el vigente RGPD: derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, manifestándome que puedo

dirigirme por escrito a \_\_\_\_\_, responsable del tratamiento de datos, sin perjuicio de lo que se dispone en el Art. 8 de la Ley sobre datos relativos a la salud. Con mi firma, doy mi consentimiento expreso para que mis datos de carácter personal puedan ser tratados por la clínica para procurar finalidades propias de la misma.

He podido aclarar todas mis dudas acerca de todo lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA ATENCIÓN MEDIANTE SERVICIOS DE TELEMEDICINA reafirmandome en todas y cada uno de sus puntos y con la firma del documento EN TODAS LAS PÁGINAS Y POR DUPLICADO, ratifico y consiento que se ponga en práctica el uso de la telemedicina en mi atención médica, del que previamente he sido informado y del que he dado mi consentimiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL  
DNI \_\_\_\_\_

Fdo. EL FACULTATIVO  
NºC \_\_\_\_\_

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado. Declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL  
DNI \_\_\_\_\_

Fdo. EL FACULTATIVO

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que el responsable de sus datos personales es \_\_\_\_\_, y los utilizará para la prestación de los servicios médicos solicitados y/o contratados por usted, recabar información relativa a su salud necesaria para evaluar su situación y mantener un historial médico actualizado. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo por obligaciones legales. Puede solicitar información adicional, así como ejercer sus derechos en materia de protección de datos, solicitándolo a la Dirección Médica o en \_\_\_\_\_ (Reglamento UE 2016/679).