

	AUDIOMEDICA S.A.S	CODIGO: FT-289
	CONSENTIMIENTO INFORMADO TELESALUD	REVISION: 0

DATOS PACIENTE							
Nombre				Identificación			
Sexo	F	M	Edad	EPS			
Dirección				Teléfono Fijo		Celular	

Se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia definida como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluyen, la telemedicina y la teleeducación los cuales se encuentran regulados por la ley 1419 de 2010 y las resoluciones 2694 y 3100 del 2019. Mediante estas modalidades se busca garantizar la atención a larga distancia por video o imágenes -Atención remota a la población-, lo cual garantiza la prestación de los servicios de salud de manera oportuna a la población que por razones geográficas o económicas no pueden acceder fácilmente a los mismos y contribuye al cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio. Reforzando igualmente los derechos fundamentales a la salud relacionados con el acceso, la continuidad, la oportunidad y la equidad.

Yo, _____, en calidad de (paciente, padre, madre, hermano, etc) _____ identificado con Cc. _____ de la ciudad de _____, autorizo mi atención médica a través de las modalidades de telesalud las cuales pueden ser usadas para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación o para brindar consejería y asesoría en los distintos componentes de salud y que el alcance de la orientación será informado en la consulta por parte del profesional de la medicina. Igualmente doy constancia de que soy atendida por el profesional de la salud que me fue asignado a realizar programación de mi consulta en el servicio de _____ (Otorrinolaringología, otología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia de neurodesarrollo, rehabilitación auditivo aural) y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normatividad que se expida sobre el tema, declaro que entrego de forma libre y voluntaria mis datos personales consistentes en: Nombre (s) y Apellido (s), documento de identificación, fecha de nacimiento, edad, estado civil, dirección, correo electrónico, teléfono, dirección del domicilio, (En adelante los "Datos Personales") a **AUDIOMEDICA S.A.S.**, en los términos de las definiciones de la Ley 1581 de 2012 doy mi autorización expresa para que **AUDIOMEDICA S.A.S.**, recolecte y de cualquier otra manera trate mis Datos Personales para la prestación de los servicios asistenciales del titular y su familia.

Reconozco y acepto el acceso a mi historia clínica, imágenes diagnósticas, grabaciones de audio y video y el ingreso y salida de datos a través de dispositivos electrónicos y archivos de sonido los cuales gozan de reserva legal y serán guardados y custodiados por el prestados del servicio de salud. He sido informado de que los sistemas electrónicos utilizados incorporan protocolos de seguridad y el software institucional cuenta con las medidas necesarias para proteger y garantizar la autenticidad, integralidad, disponibilidad y fiabilidad de todo mi historial clínico y de la atención en esta modalidad.

	AUDIOMEDICA S.A.S	CODIGO: FT-289
	CONSENTIMIENTO INFORMADO TELESALUD	REVISION: 0

Soy consciente de los beneficios de esta modalidad como el acceso oportuno y la continuidad de mi atención y se me han informado el alcance y las limitaciones de la modalidad. Así mismo, reconozco la posibilidad de que se presenten riesgos en la atención en salud a través de telemedicina adicionales a los normales que se conocen en la atención presencial, estos riesgos incluyen pero no se limitan a: - En determinado caso el profesional de la salud puede considerar que la información que se brinda no es suficiente y requiera la necesidad de realizar la consulta presencial; - Se pueden presentar retrasos e incluso finalización de la atención sin haber definido un conducta médica, lo anterior por fallas o deficiencias en el equipo o en los programas para lo cual el usuario debe comunicarse nuevamente a las líneas telefónicas para reprogramar la atención; -Aunque se me ha indicado el seguimiento de protocolos de seguridad por parte del especialista, eventualmente y con poca frecuencia podrían fallar los mismos causando la vulneración de la privacidad de mi información médica; -Según criterio médico puede requerirse la salida de su hogar para la realización de exámenes solicitados y/o reclamar los medicamentos indicados; - Que en caso de realizarse formulación de medicamentos o generar ordenes de procedimientos se cuenta con firma digital y se debe hacer uso responsable y personal de la misma.

Bajo la gravedad de juramento reconozco que la información que he entregado al especialista y la que entregaré en el futuro es verdadera y cualquier anomalía que surja por la incorrecta o inadecuada información entregada de mi parte, no compromete la responsabilidad del especialista. Así mismo, se me ha explicado que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento para el uso de la modalidad, lo cual no afectará mi atención o tratamiento en el futuro.

FIRMA (Digital, electrónica o manuscrita)			
Nombre Completo Del Paciente		Nombre Completo Acudiente y/o Responsable.	
Identificación		Identificación	
		Relación Con Paciente	

FECHA Y HORA							
Registre Fecha	Día		Mes		Año		Registre Hora

REVISIÓN	FECHA	NOMBRE	CARGO	OBSERVACIÓN
0	23/04/2020	LAURA RAMIREZ	Coordinadora Medica	Documento inicial