

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PRESTACIÓN DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE  
TELESALUD**

HOS-CI-216  
Versión 4.0  
20-03-2020

**MAURICIO PLATA S, MD, MSc, FACS  
UROLOGO**

Avenida 9 # 116 - 20 Cons. 413  
Teléfonos: +57 1 6125609 - + 57 1  
6298197  
e-mail  
[consultorio@mauricioplata.com](mailto:consultorio@mauricioplata.com)  
Bogotá

Yo: \_\_\_\_\_ con  
tipo de documento: Tarjeta de Identidad () Cedula de Ciudadanía () Cedula de Extranjería () Pasaporte () No. \_\_\_\_\_, en calidad de Paciente () o Representante legal () de: \_\_\_\_\_ con tipo de documento: Registro de Nacimiento () Registro Civil () Tarjeta de Identidad () Cedula de Ciudadanía () Cedula de Extranjería () Pasaporte () No. \_\_\_\_\_; con diagnóstico de: \_\_\_\_\_

He sido informado (a) por el (a) doctor (a) **Mauricio Plata Salazar** acerca de consulta de Telemedicina interactiva

**Antes de la prestación de servicios bajo la modalidad de Telemedicina:**

Por el difícil acceso a los profesionales calificados y a los medios para brindarle una atención de mayor complejidad en su área, se ha considerado la modalidad de telemedicina como la mejor opción para atender su consulta que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones.

**¿En qué consiste la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina?**

La prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina significa que en su presencia, su médico de cabecera compartirá la información concerniente a su historial de salud con un especialista que está localizado a muchos kilómetros de distancia a través del Internet, el teléfono o cualquier medio de comunicación, para que entre los dos se analice su caso y se busquen las mejores alternativas que permitan el mejoramiento de su condición clínica con el fin de asesorarlo para tomar las mejores decisiones posibles sobre su estado de salud.

Esta metodología también aplicara cuando usted por alguna razón no pueda desplazarse hasta la institución de salud, el médico especialista se conectará con usted a través del Internet, el teléfono o cualquier medio de comunicación a su lugar de residencia y realizará un seguimiento por este medio, si el especialista considera necesario por su condición de salud, le indicará que se acerque al servicio de salud.

## ¿Cuáles son los beneficios?:

- Obtener concepto médico adicional acerca de su problema de salud en forma ágil y rápida.
- Reducir las barreras de acceso a los servicios de salud como desplazamientos trámites, congestiones.
- Eliminar los tiempos de viajes, costos y las dificultades en el transporte.
- Reducir los costos totales de la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.
- Incrementar la satisfacción del paciente.

## ¿Cuáles son los riesgos de la prestación de servicios bajo la modalidad de Telemedicina?:

Atenderlo a través de Telemedicina no pondrá su salud en un riesgo adicional al de la atención que actualmente recibe en su Institución Prestadora de Servicios de Salud, pues obtener una opinión médica adicional no significa que se le dejará de brindar toda la atención requerida, ni que se le negará una remisión a un centro más especializado en caso que así lo requiera.

**Posibles alternativas:** De igual manera, es importante que sepa que usted es libre de recibir o no atención a través de Telemedicina y que, una vez recibida, puede de manera libre abstenerse de seguirla recibiendo en futuras ocasiones, sin que por esto se perjudique su acceso a la mejor atención clínica posible de manera rutinaria en su Institución Prestadora de Salud.

## CONSENTIMIENTO

El (a) Doctor (a) **MAURICIO PLATA SALAZAR** me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento especial propuesto; también me ha informado de las ventajas, beneficios, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mí atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma. Esta información podrá incluir comunicaciones a través de textos, voz, imágenes, fotos, videos y datos dinámicos (como sonidos de su corazón y trazados en movimiento) sin comprometer en ningún momento mi identidad

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto, declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_.

**PACIENTE:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Médico**

Nombre: Mauricio Plata Salazar

Documento de identidad 80.419.892

Registro médico: 01397