

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **SERVICIOS DE TELECONSULTA**

**NOMBRE:** El nombre del usuario viene implícito en el momento que acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

**Fecha De Nacimiento:** viene implícito en el momento que el usuario acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

**N De Documento de Identidad:** Constituye el documento con el que se registra en el momento que el usuario acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

Telemedicina / Telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención del paciente. La comunicación electrónica significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el proveedor de atención médica. Un sitio de origen es la ubicación del paciente beneficiario. El sitio distante es donde residen el médico o los proveedores de Telemedicina / Telesalud durante el tiempo de la consulta. Los proveedores pueden incluir médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeras practicantes, especialistas y/o sub especialistas, terapeutas y otros profesionales de la salud con licenciatura y/o título a nombre del estado. La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

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

Beneficios esperados incluyen los siguientes:

- Mejora del acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.
- Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.
- Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos
- Menos costosos.

Los posibles riesgos que no son limitativos incluyen lo siguiente:

- A pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la evaluación; la transmisión de la información médica podría ser

interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de la información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

- Los servicios basados en Teleconsulta/ Telemonitoreo pueden no ser tan completos como los servicios cara a cara. Por ello entiendo que si el proveedor de Teleconsulta/ Telemonitoreo , cree por conveniente, que la atención será mejor con otro tipo de servicios (por ejemplo, servicios cara a cara), será derivado a otro proveedor y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia son seguidas a tiempo.
- En casos poco frecuentes, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del proveedor de servicios de salud de Telemedicina / Telesalud.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca 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.

Al firmar este formulario, declaro lo siguiente:

- Haber sido informado para la realización de, la Teleconsulta/Telemonitoreo, pudiendo incluir una o varias sesiones con el profesional elegido según la Teleconsulta y/o telemonitoreo.
- Se me ha informado sobre el objetivo, procedimiento y ventajas, así como los riesgos potenciales y beneficios de la provisión de servicio de Teleconsulta y/o Telemonitoreo
- He despejado todas mis dudas respecto a posibles preguntas oportunas para este tipo de servicio, debiendo declarar que toda la información proporcionada ha sido suficiente y aceptable
- La realización de la Teleconsulta y/o Telemonitoreo quedará grabada en la aplicación Tudoc.

Por ello **doy mi consentimiento** para:

- Que se me brinde el servicio médico mediante la Teleconsulta y/o Telemonitoreo en cumplimiento de la normativa vigente.
- Compartir la información de salud personal del usuario que acepta los términos y condiciones con la plataforma **www.TuDoc.pe** y el personal de salud y/o proveedores por lo que autorizo para que mi receta médica y órdenes de exámenes auxiliares puedan ser remitidos a los proveedores que se encuentren afiliados a TuDoc para la atención de los mismos.
- Entiendo que **tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento** para el uso de la Teleconsulta / telemonitoreo en el transcurso de la atención en cualquier momento

sin afectar el derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, la misma que podré realizar mediante la opción “revocatoria de Consentimiento” que la Plataforma TuDoc me facilita.

- Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Teleconsulta/ Telemonitoreo, y puedo recibir copias de esta información de acuerdo con la Ley de telesalud .
- Entiendo que los métodos alternativos de atención médica/de salud pueden estar disponibles, incluida la interacción cara a cara, y que puedo elegir otra alternativa en cualquier momento.
- Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la Teleconsulta/ Telemonitoreo bajo mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
- Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la Teleconsulta/Telemonitoreo. Como tal, entiendo que la información revelada durante el curso del tratamiento generalmente es confidencial.
- Cualquier causa de acción que surja de este servicio debe hacerlo exclusivamente en PERÚ y renuncio deliberadamente a mi derecho de acceder a cualquier otro foro legal.

**He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre Teleconsulta/ Telemonitoreo y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE TELECONSULTA/ TELEMONITOREO EN LA ATENCIÓN DE SALUD.**

***Firma del Paciente o Representante del Paciente** queda automáticamente registrado al momento de aceptar los términos y condiciones.*

***Fecha:**Se considera fecha de firma el día de ingreso del paciente a nuestra plataforma y aceptó los términos y condiciones*

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTA/TELEMONITOREO**

**NOMBRE:** El nombre del usuario viene implícito en el momento que acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

**Fecha De Nacimiento:** viene implícito en el momento que el usuario acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

**N De Documento de Identidad:** Constituye el documento con el que se registra en el momento que el usuario acepta los términos y condiciones al momento del registro en la plataforma de [www.tudoc.pe](http://www.tudoc.pe)

Mediante el presente acto **revoco mi consentimiento informado para Teleconsulta/Telemonitoreo** brindado mediante la aplicación Digital **TuDoc**.

**Firma del Paciente o Representante del Paciente** queda automáticamente registrado al momento de utilizar la aplicación de **“revocatoria de consentimiento”**.

**Fecha:** fecha en que se utiliza la aplicación de **“revocatoria de consentimiento”**.