

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS DE TELEMEDICINA**

Por medio del presente otorgo a CLINICA INTERMEDICAL y a su equipo medico mi consentimiento para ser asesorado por médicos especializados a través de servicios electrónicos de consulta.

Si el paciente es menor de edad en mi calidad de padre o madre doy mi consentimiento para compartir la información de salud de mi hijo(a) y realizar los servicios electrónicos de consulta en los términos que se exponen e los párrafos a continuación.

Declaro conocer y aceptar los potenciales beneficios y riesgos del uso de esta tecnología que se detallan a continuación:

### **POSIBLES BENEFICIOS**

1. Recibir a distancia y de un especialista opiniones medicas de manera remota.
2. Evitar los riesgos de contagio de COVID-19.
3. Seguimiento de su condición de salud desde la comodidad y seguridad de su casa.
4. Evaluación y tratamiento cómodo y eficiente.

### **POSIBLES RIESGOS**

1. La información entregada puede ser ineficiente para dar lugar a un diagnostico concluyente.
2. Fallas tecnológicas pueden afectar la calidad de comunicación e imagen y producir demoras.
3. No contar con el historial médico puede resultar en errores en el criterio médico.
4. A pesar de los esfuerzos y aplicación de los protocolos de confidencialidad en la información pueden existir fallas que terminen en la violación de los datos de carácter personal.
5. En caso de que el criterio medico no sea concluyente será necesario acudir a un especialista de manera personal.

### **ACEPTO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO QUE:**

1. Esta modalidad tiene limitaciones ya que existe una imposibilidad de realizar examen físico.
2. No es posible emisión de recetas medicas retenidas con esta atención.
3. Los beneficios propuestos no pueden ser garantizados.
4. En cualquier momento puedo retirar mi consentimiento.
5. Comprendo que CLINICA INTERMEDICAL y sus equipos médicos realizaran todos los esfuerzos para mantener la confidencialidad de la información entregada.