

**ASEGÚRESE DE LEER ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO**

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y/O DE SUS REPRESENTANTES LEGALES O PARIENTES:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre Paciente** \_\_\_\_\_

**Doc. Identidad:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Si el paciente no está en capacidad de tomar decisiones por sí mismo (menores de edad, inconciencia, entre otros), sus representantes legales son:

Nombres \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_.

Documento(s) de identidad: \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_.

Si la persona a ser atendida es menor de 18 años, pero mayor de 14 años, además del consentimiento dado por su representante legal, podrá emitir su asentimiento para la realización y grabación de la consulta.

**Aspectos generales**

**Definiciones**

Telemedicina: de conformidad con la Resolución 2654 de 2019, la telemedicina es una modalidad de prestación que implica la provisión de servicios de salud a distancia por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, con el propósito de facilitar y mejorar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la resolutiveidad y la calidad de la prestación de servicios en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Telemedicina interactiva: es comprendida como la relación a distancia entre un profesional de la salud, representante de un prestador y un usuario, utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real para la prestación de servicios de salud.

Tecnologías de información y comunicación: es el conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios, que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como voz, datos, texto, video e imágenes.

**Responsabilidades**

Profesional de la salud: asumirá la responsabilidad del diagnóstico, concepto, tratamiento e intervenciones ordenadas a través de teleconsulta. Se aclara que en el marco de su autonomía el profesional de la salud podrá abstenerse o cancelar la atención en esta modalidad fundamentando las razones de tal decisión.

Prestador de servicios de salud: deberá cumplir los estándares aplicables al servicio prestado; deberá garantizar la formación continua del talento humano en el manejo de la tecnología utilizada, en los procesos, procedimientos y herramientas inherentes a la prestación de los servicios, en las que se use tecnologías de información y comunicación.

Paciente/usuario: será responsable de estar disponible para la recepción de la video llamada en la fecha y hora programadas con el profesional de la salud, será responsable de la información suministrada relacionada con su estado de salud, deberá cumplir con las órdenes médicas e instrucciones dadas por el profesional de salud y en caso de estar en desacuerdo o duda podrá solicitar segundo opinión.

**Declaraciones:**

**Beneficios y Riesgos**

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

**Beneficios:**

- Mejora el acceso y oportunidad de la atención médica en los Centros Médicos Colmédica.
- Evaluación y gestión médica más eficientes.
- Los pacientes pueden ser diagnosticados y/o tratados antes, lo cual eventualmente puede contribuir a mejores resultados y tratamientos con mejor costo-efectividad.
- Seguimiento de la condición de salud del paciente desde la comodidad de su casa o el lugar que el mismo determine.
- Disminución de los costos y tiempo de desplazamiento fuera de su entorno.

**Posibles riesgos:**

- 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.

- 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 profesional de salud.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En ocasiones, podrían presentarse demoras en la atención debido a deficiencias o fallas en la conectividad o en los equipos electrónicos.

#### **Teleconsulta:**

Se prestará en las situaciones descritas a continuación:

1. Posterior a una consulta prioritaria, como modalidad de telemedicina interactiva, en la que dentro de las 24 horas posteriores a la atención presencial, a través de video-llamada interactiva realizada en tiempo real por un médico del servicio se realizará la evaluación médica, diagnóstico, manejo y tratamiento de las patologías a que haya lugar.
2. En la consulta de diferentes especialidades médicas, tendrá lugar en la fecha y hora agendadas por los Centros Médicos Colmédica, y funcionará como modalidad de telemedicina interactiva, a través de video-llamada realizada en tiempo real por un médico especialista en la cual se realizará la evaluación médica, diagnóstico, manejo y tratamiento de las patologías a que haya lugar.

Esta teleconsulta, requiere la participación o interacción de al menos tres partes, a saber: prestador de servicios de salud, proveedor de servicios tecnológicos (plataforma/aplicación) y paciente y/o representante legal. Adicionalmente, la teleconsulta exige que el paciente garantice y se cerciore de contar con un Smartphone que le permita acceder a la herramienta de video-llamada en la plataforma determinada por los Centros Médicos Colmédica.

#### **EL PACIENTE HACE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:**

1. El profesional de la salud que atienda la teleconsulta estará en una ubicación diferente a la mía.
2. Se me informará si hubiera personal asistencial adicional presente, respecto del cual daré mi permiso verbalmente antes de que dicha persona entre.
3. Quedará registrado en mi historia clínica la realización de la teleconsulta con la inclusión de las recomendaciones dadas por el profesional de salud.
4. Entiendo y doy mi autorización para el uso de plataformas electrónicas para transmitir y recibir mi información médica, al igual que se hace en una consulta presencial.
5. Autorizo que la teleconsulta sea grabada y que los Centros Médicos Colmédica conserven dicha grabación en un medio seguro que garantice la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma. Así mismo, entiendo y acepto que dicha grabación hará parte de mi historia clínica.
6. Entiendo que el uso de plataformas electrónicas tiene como único objeto el desarrollo de una consulta de telemedicina.
7. Me comprometo a ser yo como titular/representante legal el único que usará la plataforma electrónica de Colmedica para recibir la teleconsulta.
8. Me comprometo a que la información que remita o entregue en la teleconsulta sea veraz.
9. Entiendo que para la realización de la teleconsulta debo estar disponible a las horas y fechas indicadas, en un lugar privado, con buena señal de internet y con mi celular o dispositivo smartphone disponible para recibir la video llamada.
10. Entiendo que el profesional de salud de los Centros Médicos Colmédica se pondrá en contacto conmigo a través de la herramienta tecnológica suministrada por Centros Medicos (Dr. Colmedica) por mi autorizada, en las horas y fechas indicadas, realizando un máximo de 3 intentos de contacto o llamada por la aplicación. En caso de no estar disponible, deberé reprogramar la consulta, por lo tanto, el interlocutor de la información requerida para la consulta será directamente yo como usuario o representante legal.
11. Para el desarrollo de esta cita de teleconsulta, debo autorizar al profesional médico y a los Centros Médicos Colmédica para que transfieran a través de la historia clínica electrónica mis registros clínicos, revisiones de ayudas diagnósticas como laboratorios clínicos, radiografías, ecografías, entre otras, con el fin de permitir realizar un enfoque diagnóstico y terapéutico integral y adecuado, para efectos de lo cual los Centros Médicos Colmédica garantizan el adecuado tratamiento y protección de mis datos personales según lo definido en la Ley 1581 de 2012.
12. El profesional en salud diligenciará la historia clínica electrónica y se conservará su archivo de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
13. En todo caso, estoy en libertad de realizar las preguntas que considere hacer durante la teleconsulta. En todo concepto médico, podré decidir si acepto o no las recomendaciones y el tratamiento planteado.
14. Entiendo que tengo la opción de rechazar los servicios de consulta por telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir cuidados médicos o tratamiento en un futuro.
15. Entiendo que los servicios basados en consultas por telemedicina, tienen la limitación de no poder acceder al examen físico, por lo que solo serán consultas en las que se interroge al respecto de la evolución de síntomas, se explique resultados de laboratorios o imágenes, se pueda establecer y explicar un plan de tratamiento, así como brindar educación en salud. Tengo claro que, en caso de ser requerida la derivación a otro servicio o profesional médico, es mi responsabilidad garantizar el cumplimiento oportuno a las instrucciones de referencia.

#### **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y/O DE LAS PERSONAS QUE POR ÉL DEBEN DECIDIR:**

Yo, \_\_\_\_\_, en calidad de paciente o en calidad de persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que he leído el documento anterior, que lo he entendido a cabalidad, que he tenido el espacio y el tiempo para reflexionar sobre su contenido y para preguntar al personal de salud las dudas e inquietudes que este documento y en general el procedimiento que se me propone practicar me ha generado, las cuales me han sido resueltas en un lenguaje directo, comprensible y sencillo.

En consecuencia, he decidido lo siguiente:

\_\_\_\_\_ **ACEPTAR la teleconsulta** propuesta por los profesionales de la salud y/o la Institución Prestadora de Servicios de Salud, asumiendo los riesgos que dicha teleconsulta conlleva e incluso otros que no me hubiesen sido advertidos por no ser conocidos por la ciencia médica en relación con esta modalidad de consulta.

\_\_\_\_\_ **NO ACEPTAR, la teleconsulta**

Finalmente, manifiesto que la declaración anterior es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Paciente o persona responsable**  
**C.C.**  
**(Indicar parentesco si quien firma no es el paciente)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**

#### **DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD:**

1. Dejo constancia que he explicado los propósitos, naturaleza, ventajas, alternativas de la teleconsulta y he dado respuesta satisfactoria a las preguntas que el paciente y/o la persona responsable me ha formulado. De la misma manera le he indicado el tiempo estimado en que se generará llamada de telecontrol, y el número de intentos que se realizarán para el contacto.
2. Manifiesto que me encuentro de acuerdo en que esta teleconsulta sea grabada y que los Centros Médicos Colmédica conserven dicha grabación en un medio seguro que garantice la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma. Así mismo, entiendo y acepto que dicha grabación hará parte de la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico y Registro Médico, tarjeta profesional o número de documento de identidad de profesional de salud tratante.**

#### **Autorización Tratamiento de Datos Personales**

Autorizo expresa y explícitamente a Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. (en adelante UMD), sociedad identificada con el NIT. 830.001.007-7, para que realice el Tratamiento de mis datos personales, así como los que recopile en el futuro, al amparo del objeto social de la UMD, y con la finalidad de:

- Prestar servicios médicos por Telemedicina.
- Usar mis datos personales tales como voz e imagen, con el objetivo de poder llevar a cabo la cita de teleconsulta o lectura de exámenes de diagnóstico a través de Video llamada, la cual quedará grabada durante el término definido en la normatividad vigente.
- Enviar a mi dirección electrónica información relacionada con temas de salud.

Conozco y acepto que dicha información incluirá aquella relativa a mi estado de salud, considerada como información sensible, y que es facultad del titular del dato autorizar o no su tratamiento, sin embargo, entiendo que esta información resulta indispensable para la prestación eficiente del servicio.

Declaro que conozco de forma completa y clara que los derechos que tengo como titular de datos personales son los previstos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012 y en las POLÍTICAS DE TRATAMIENTO disponible en la página: <https://www.colmedica.com/Paginas/Centros-medicos-proteccion-datos-personales.aspx>

Me han sido informados que los mecanismos dispuestos por UMD para ejercer mis derechos como titular son: correo electrónico [tarjetapreferencialumd@umd.com.co](mailto:tarjetapreferencialumd@umd.com.co) y la dirección de correspondencia Calle 93 # 19-25.

Además, conozco y entiendo que la información que entregue y/o reciba por parte de la compañía estará siendo monitoreada y revisada por el área encargada de la seguridad de la información de la Compañía.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar los datos personales y que la

suscribo mediante la aceptación de estos términos y condiciones de forma libre y voluntaria y una vez leída en su totalidad.

**Protección y Adecuado Tratamiento de datos personales**

La Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. (en adelante UMD), la cual opera los centros médicos Colmédica, tratará los datos personales en calidad de responsable, conforme a las finalidades autorizadas por los USUARIOS y según lo señalado en LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

La UMD cuenta con mecanismos para poner en práctica los principios y obligaciones de la Ley 1581 de 2012, a nivel de procedimientos y procesos, y se encuentra en permanente revisión y actualización de sus prácticas internas (directrices y procedimientos). Así mismo, la UMD ha implementado mecanismos para asegurar la confidencialidad y reserva de la historia clínica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 y normas concordantes, y en general para el tratamiento de datos de salud considerados como información sensible.

**Uso y divulgación de la información**

Esta aplicación cumple con los parámetros de privacidad y seguridad de la información que están diseñadas para garantizar el adecuado manejo con respecto a la recolección, uso y divulgación de información que usted puede llegar a proporcionar a través de este sitio.

