

F0364 - Consentimiento informado para consulta médica mediante telemedicina

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

La Telemedicina ha sido definida como “el uso de tecnologías de telecomunicaciones para proveer información y servicios médicos”.

Técnicamente, esto implica la posibilidad de realizar ciertas prácticas médicas a distancia e incluye desde el uso del teléfono o correo electrónico, hasta tecnologías de audio y video integrado e interactivo que ponga en contacto a pacientes con profesionales de la salud separados por la distancia.

El uso de telemedicina ha crecido en las últimas décadas como método alternativo para poder realizar diferentes prácticas médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas.

Comprendo que este consentimiento autorizará la práctica de Telemedicina mediante Teleconferencia (audio y video), interactuando paciente y médico (**Fleni**), encontrándose ambos en distintos puntos de nuestro país, estando el profesional de **Fleni** en su Sede de Belgrano (CABA) o Escobar (Provincia de Buenos Aires).

BENEFICIOS ESPERADOS

Se me ha explicado que la consulta médica vía Telemedicina mediante un servicio de Teleconferencia (Imagen y sonido entre el médico y el paciente en consulta), no se puede equiparar a una consulta médica con presencia “física” ya que no es posible hacer un examen más allá de lo observable. Yo podré interactuar con el profesional a través de la pantalla de la computadora y hablar mediante un micrófono, a la vez que podré ser interrogado y escuchar las respuestas y recomendaciones del médico a través de los parlantes.

De este modo, todas sus consultas e inquietudes serán analizadas y respondidas por el médico en la sesión telemedicina, quien a su vez podrá contar con los antecedentes y los estudios diagnósticos (enviados en el mismo momento de la consulta) y si lo cree necesario, solicitar nuevos estudios para ser analizados y entregar los resultados, en una consulta posterior.

RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS ADVERSOS

También se me indica que en este tipo de consultas el médico podrá solicitarme que realice algunas maniobras para explorar mi condición, que pueden implicar el riesgo de caída. Dependiendo de mi condición, en el caso de presentar trastornos en la marcha, alteración del equilibrio o trastornos cognitivos, debo estar acompañado de un familiar o de una persona de mi confianza mientras se realice la consulta.

En los demás aspectos, al establecerse una conexión visual a través de una pantalla de computadora y al no existir intervención del profesional médico (de **Fleni**) que pueda causar dolor, o complicaciones por su intervención, no presenta ningún otro riesgo para mí.

ESPECIFICAR ALTERNATIVAS: RIESGOS Y BENEFICIOS

La consulta mediante teleconferencia me brindará la posibilidad de interactuar con un profesional de un centro especializado en las Neurociencias (Fleni), de modo de poder evacuar dudas relativas a mi diagnóstico o tratamiento, como así también proponer nuevas alternativas diagnósticas o terapéuticas.

Teniendo en cuenta que la prestación se limitará a interactuar mediante una imagen visual y no habrá contacto físico con el profesional (Consulta convencional), todo lo relacionado al examen físico como, características de coloración y temperatura de la piel, como así también detalles del tono de voz, toma de reflejos, etc., se verán limitadas.

El médico que asista a la Teleconsulta por parte de **Fleni**, se valdrá de todo lo que pueda observar mediante la imagen televisiva y el resultado de los movimientos del cuerpo que me sean solicitados (brazos, piernas, apertura y cierre de ojos y boca, movimiento de cuello y tronco, observación de su marcha, etc.) o de toda asistencia que el familiar acompañante en la consulta, pueda brindarnos.

CONSENTIMIENTO

Luego de toda la información brindada, dejo debida constancia de haber recibido en forma clara y sencilla las explicaciones e información relevante de la práctica que se me va a realizar, las cuales están sucintamente contenidas en este escrito que he leído. Asimismo, todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado.

Sin perjuicio de lo expuesto, dejo constancia también que tal como se me ha explicado, toda la información médica será tratada con la debida confidencialidad y reserva, cumpliendo con las pautas y recaudos establecidos por la ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326). Consiento, entonces, la presencia de observadores, dispuesta por la Institución.

Asimismo, se me ha explicado que por cuestiones de registro y de control interno, la consulta podría ser grabada, sin perjuicio de lo cual se adoptarán los recaudos tendientes a poner a debido resguardo ese material conforme a las normas de protección antes referidas, a lo que también doy mi conformidad. También se me informó y lo acepto que para yo poder grabar la consulta debo obtener previamente la conformidad del médico.

Dejo constancia de haber sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo al procedimiento, bajo mi responsabilidad, conforme a lo que dispone la legislación vigente.