

**(Otorgado en cumplimiento de la Ley 23 de 1981 y el Decreto 538**

**Capítulo 1, artículo 8) Por favor diligenciar los espacios en blanco en esfero de color negro**

**PRIMERO** –Yo (Nombres y apellidos completos) \_\_\_\_\_ Documento de identidad Número \_\_\_\_\_ Autorizo al Doctor (a)(Nombres y apellidos completos) \_\_\_\_\_, para la realización de la teleconsulta o telemedicina interactiva. Además, autorizo que mi información clínica pueda posteriormente ser evaluada por el área calidad o quien haga sus veces.

Identificado como aparece al pie de la firma, por medio del presente documento, obrando en calidad de paciente\_, padre \_, madre \_, tutor \_, cónyuge \_, Otra (indicarla) \_\_\_\_; en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo a la **Caja de Subsidio Familiar Colsubsidio** para que por medio de los profesionales de la salud en ejercicio legal de su profesión, se lleva acabo la teleconsulta como parte de mi tratamiento médico.

**SEGUNDO** – La Caja de Subsidio Familiar **COLSUBSIDIO** queda autorizada para llevar a cabo las prácticas o procedimientos adicionales, a los que fueron autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación inadvertida o imprevista que a juicio del personal médico responsable del paciente lo considere obligatorio, de cuyos riesgos he sido debidamente informado.

**TERCERO** - Declaro haber sido informado(a) por parte del profesional médico de mi estado de salud, para que por medio de la teleconsulta o telemedicina interactiva él analice mi caso clínico, comprendo plenamente que es una modalidad de valoración médica que se realiza a distancia a través de Tecnologías de la información y comunicaciones, que puede requerir



varias sesiones y tiene como fin proponer un diagnóstico y establecer el plan de tratamiento o realizar seguimiento y control a mi condición clínica actual, la cual acepto como parte de diagnóstico o tratamiento médico.

Recibí información sobre los Beneficios de esta modalidad de atención, como son: Mejora el acceso y oportunidad a opiniones y asesoría médica, es una alternativa para frenar la propagación de virus altamente transmisibles, disminuye los desplazamientos para la atención, reduce los tiempos de espera, facilita la educación y aclaración de dudas e inquietudes de pacientes y cuidadores, así como de sus riesgos: la información puede no ser suficiente para dar lugar a una consulta concluyente por parte del médico, La evaluación y el tratamiento médicos podrían demorarse debido a deficiencias o fallas de los equipos, 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.

**CUARTO** – Entiendo que no todos los motivos de consulta pueden ser resueltos a distancia por Teleconsulta y Es el médico quien decidirá si el motivo de consulta puede ser atendido a distancia, pudiendo definir de ser necesario y de acuerdo con la evolución del paciente, que la atención en la modalidad de telemedicina no es suficiente para emitir recomendaciones con certeza e indicar una atención presencial, domiciliaria o de urgencias.

**QUINTO** - Certifico que he leído y comprendido perfectamente este documento y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma (nombres completos), encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y de mi capacidad de expresar mi libre voluntad.



**SEXTO** – Manifiesto que me han informado que el personal participante en todo el proceso de la TELECONSULTA o TELEMEDICINA INTERACTIVA tratará mis datos personales, de forma confidencial y de forma segura, incluidos los datos relacionados a mi salud y del episodio asistencial que cursa registrados en la historia clínica y los que colecten en la TELECONSULTA o TELEMEDICINA INTERACTIVA.

**SEPTIMO** - Comprendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento.

**OCTAVO** - Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telemedicina y que puedo recibir copias de esta información, cumpliendo el proceso de solicitud de historia clínica.

**NOVENO** - He recibido claras instrucciones que el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revocado o dejado sin efecto por mi decisión formal, previa al inicio de la teleconsulta.

---

  
Fecha

---

  
**Nombre Completo del paciente o responsable**

C

C:



---

Nombre completo del testigo

---

**Parentesco si firma alguien diferente al paciente**

CC:

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos de la teleconsulta, y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente/pariente/tutor/conyugue, comprenden completamente lo que he explicado

---

**Fecha**

---

**Nombre completo y Registro del Médico**

**DISENTIMIENTO:** Voluntariamente rechazo la **TELECONSULTA** propuesta e informada por el personal de salud de La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio < **ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA IPS** > asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma a la **IPS**.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma a la **IPS** < **ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA IPS**

---

Fecha

---

**Nombre Completo del paciente o  
del testigo responsable****CC:**

CC:

