

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA ELECTRÓNICA

Para la historia clínica de: \_\_\_\_\_  
(Apellido, nombre) Fecha de nacimiento

Por medio del presente otorgo a Southwest Community Health Center, Inc y sus proveedores médicos mi consentimiento para ser asesorado por proveedores especializados a través de servicios electrónicos de consulta. Al firmar este acuerdo, autorizo el envío electrónico de la información médica de mi hijo para que pueda ser examinada por un médico y otras personas involucradas en la atención de mi salud médica o mental.

Yo, \_\_\_\_\_, acepto participar en consultas electrónicas/telemedicina.  
(nombre del paciente o padre/tutor)

Estas consultas ayudarán a su médico de cabecera a determinar el tratamiento indicado. [Nota: Las posibilidades de que la información sea interceptada por personas que no poseen acceso al sitio de consultas son mínimas].

Comprendo los potenciales beneficios y riesgos de este proceso, detallados a continuación:

Potenciales beneficios:

- Mejorar el acceso a opiniones medicas especializadas desde el consultorio del médico.
- Recibir lo más rápido posible las recomendaciones de un especialista.

Potenciales riesgos:

Tal como ocurre con procedimientos médicos, puede haber potenciales riesgos asociados con el uso de esta tecnología.

Estos riesgos incluyen, entre otros:

- La información enviada puede no ser suficiente (p. ej. imágenes de baja calidad) para dar lugar a una consulta concluyente por parte del especialista.
- La evaluación y el tratamiento médicos podrían demorarse debido a deficiencias o fallas en el equipamiento.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar, dando lugar a violaciones de privacidad de mi información médica confidencial.
- La falta de acceso a una historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico.
- No hay garantías de que la teleconsulta eliminará la necesidad de que consulte a un especialista en persona.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento y cancelar el proceso de consultas electrónicas en todo momento y por cualquier razón sin consecuencia alguna.

Firma del paciente (o padre/tutor): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si no otorga su consentimiento para usar los servicios de consulta electrónica/telemedicina.

\*el consentimiento expira una vez transcurrido un año en establecimientos principales y dos años en Centros de Salud con Base en las Escuelas (SBHCs).