

(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
trasmisibles, 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

CC:

Nombre completo del testigo

CC:

Parentesco si firma alguien diferente al paciente

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** >.

Código: SA.QA.02.FR.10**Versión:** 00**Edición:**
23/04/2020_____
Fecha_____
**Nombre Completo del paciente o
responsable**
CC:_____
Nombre Completo del testigo
CC: