



CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEOFTALMOLOGÍA

Código: FO-GC-01

Versión: 5

Elaborado: 18 de Abril
de 2020

Página 1 de 2

Fecha: [-----]
[-----]

DATOS DEL PACIENTE:

Tipo Identificación: _____ Número Identificación: _____
Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: F _____ M _____
Municipio: _____ Ciudad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE:

Tipo Identificación: _____ Número Identificación: _____
Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: F _____ M _____
Municipio: _____ Ciudad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Qué es la Telemedicina y/o Teleconsulta?

Forma de prestar un servicio de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es la consulta médica en donde la relación entre el médico y el paciente NO ES PRESENCIAL, es decir que dicha relación se efectúa desde lugares diferentes el paciente está en su casa o en su lugar de trabajo, y la consulta se realizará a través de una infraestructura de comunicaciones que incluye audio y video (Teléfono celular, computadora).

Ventajas de la Telemedicina y/o Teleconsulta

1. Reducción de las desigualdades en la población para tener acceso a los servicios de salud, independientemente de la localización geográfica.
2. Diagnósticos y tratamiento rápidos y oportunos.
3. Reducción del número de exámenes duplicados.
4. Evitar traslados para consultar al médico especialista.
5. Reducción de factores como la distancia, el tiempo y los costos.
6. Nuevas posibilidades de efectuar interconsultas con especialistas.
7. Evita demoras que generan la solicitud de turnos de atención para la atención tradicional.
8. Facilita la lectura de los resultados de los estudios complementarios (análisis, estudios de imágenes, etc) y los controles que requiera el paciente.
9. Las plataformas tecnológicas que se utilizan garantiza la privacidad (confidencialidad) de la consulta.
10. La consulta queda registrada en la historia clínica del paciente.

Limitaciones de la Telemedicina y/o Teleconsulta

1. No todos los motivos de consulta pueden ser resueltos a distancia por teleconsulta.
2. Es el médico quien decidirá si el paciente requiere ser evaluado presencialmente.



CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEOFTALMOLOGÍA

Código: FO-GC-01

Versión: 5

Elaborado: 18 de Abril
de 2020

Página 2 de 2

3. Para que el médico pueda tomar estas decisiones el paciente deberá explicar al médico con toda claridad y precisión el motivo que lo llevó a realizar la teleconsulta. El paciente no debe ocultar ningún detalle aunque no le parezca importante.
4. El médico se basará en el relato del paciente, las preguntas que hará y las imágenes que el paciente pueda enviar de sus ojos o de estudios previos.
5. No es posible efectuar el examen físico convencional (auscultar, palpar, inspeccionar).
6. El médico oftalmólogo no puede contar con las imágenes del sector anterior del ojo que le ofrece el examen con un aparato denominado lámpara de hendidura. Con este aparato se examina la conjuntiva, la córnea, la cámara anterior del ojo y el cristalino (lente interna del ojo que cuando se opacifica llamamos catarata). Tampoco puede efectuar un fondo de ojo para poder examinar la retina y el nervio óptico. No puede tomar la presión ocular ni realizar eversión de los párpados (examinar la parte posterior de los párpados). Estos aspectos limitan la capacidad diagnóstica por parte del médico y pueden generar errores involuntarios y comprensibles. Habrá diagnósticos de certeza pero algunos serán presuntivos y se deberá hacer un seguimiento con nuevas teleconsultas o pasar a una consulta presencial tradicional.
7. No hay que cometer errores de digitación al escribir en el teclado y verificar que el corrector de texto no cambie nuestras palabras.

CONSENTIMIENTO PARA TELEOFTALMOLOGÍA

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura detallada y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me efectúe una atención médica oftalmológica a distancia (TeleOftalmología) a cargo del Profesional.

Me comprometo a seguir todas las instrucciones que me indica el profesional, a no ocultar información y a cumplir con su indicación de asistir a una consulta presencial tradicional cuando el profesional así lo disponga.

Firma del paciente y/o Representante:

Fotografías y/o videos de la Teleoftalmología con finalidad científico-técnica:

El paciente SI/NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos preservando su identidad.- (Rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente y/o Representante: