

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN POR TELEMEDICINA

IPS: _____

Yo, _____ con documento de identidad número _____ de _____ autorizo la realización de mi consulta mediante la modalidad de telemedicina. El profesional _____ me ha explicado en un lenguaje claro, sencillo y comprensible que este tipo de consulta, consiste en la atención de un profesional de la salud por medio de una tecnología de información y comunicación interactiva; que el profesional tiene entre sus responsabilidades, hacer una evaluación de mi estado de salud y obtener un concepto derivado de los síntomas que yo reporte al profesional de la salud, definir un plan de tratamiento, ordenar las tecnologías en salud que considere pertinentes de acuerdo con el resultado de dicha valoración del caso. Se me ha explicado que para la realización de dicha consulta tengo en mis responsabilidades contar con una conexión a internet estable, disponer de datos celulares; como también que es necesario cumplir con todos los deberes como paciente para llevar a cabo el proceso de atención. He sido informado del proceso para ser atendido en esta modalidad de consulta, como recibir la información sobre los ordenamientos y demás prescripciones, al igual que la copia de mi historia clínica en caso de ser requerida. Me queda claro qué debo hacer en caso de una emergencia y donde puedo consultar para una atención de urgencias, al igual que en caso de que se llegaran a presentar fallas durante la consulta por telemedicina, puedo ser atendido(a) por vía telefónica o de forma presencial si se requiere, y que para recibir los documentos como incapacidades, formulas y demás ordenamientos cuando se presenten fallas, puedo contactarme con mi IPS para que me sean entregados directamente en la misma institución. He podido realizar preguntas y aclarar mis dudas. De igual forma se me ha explicado cuales son las modalidades de atención y que en cualquier momento el profesional puede indicar el cambio de modalidad más adecuado de acuerdo con mi condición de salud o debido a fallas tecnológicas que impidan la realización de la consulta por telemedicina. Igualmente declaro que he recibido de parte del profesional suficiente y adecuada información respecto los beneficios como:

1. Permite un mejor acceso a la consulta médica por ser un servicio prestado sin requerir desplazamientos.
2. Facilita la realización de un diagnóstico y tratamiento más oportuno.
3. Protección frente a exposición a posibles contagios de enfermedades infecciosas por otras personas al recibir la atención mediante la modalidad de telemedicina en un sitio diferente a una IPS (institución prestadora de servicios de salud), tal como mi vivienda.

He conocido los riesgos, como son:

Que teniendo en cuenta que la modalidad de consulta mediante la telemedicina interactiva, no se puede realizar el examen físico lo que dificulta en algunos casos establecer una impresión diagnóstica. En estos casos el usuario debe seguir las recomendaciones del médico para consultar mediante cita presencial en alguna de sus IPS o en caso necesario en el servicio de urgencias.

Tengo conocimiento de que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin que ello afecte mi proceso de atención.

De acuerdo con lo anterior declaro que de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para ser atendido mediante la consulta por telemedicina interactiva sincrónica.

Deseo registrar algunas consideraciones para las cuales solicito sean respetadas:

Nota: en caso de que la consulta se realice para un menor de 18 años o por una persona incapaz de decidir por sí misma, este consentimiento será realizado por el representante legal bajo las condiciones mencionadas en la parte superior de este documento.

Para constancia se firma en Cali, Valle el día _____ del mes _____ del año _____.

Datos del menor de edad o persona incapaz de decidir por sí misma.

Nombre y apellidos: _____ No. Identificación: _____

Firma usuario:	Firma profesional:	Firma Representante Legal / Acudiente:
Tipo Documento: CC__ CE__ PEP__ PAS__	Tipo Documento: CC__ CE__ PEP__ PAS__	Tipo Documento: CC__ CE__ PEP__ PAS__
No. Documento:	No. Documento:	No. Documento:

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES APLICABLE
A USUARIOS DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

Como titular de los datos personales, identificado como aparece en el presente formulario, autorizo de forma libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andí –Comfandi-, identificada con NIT: 890.303.208-5, con domicilio en la Carrera 23 No. 26B - 46, Edificio El Prado, en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia, PBX: +57(2) 6841000, página web www.comfandi.com.co, en calidad de RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, para que capture, almacene, organice, use, procese, suprima, anonimice, disocie, transmita y transfiera a terceros dentro y fuera del territorio nacional y en general realice tratamiento sobre mis datos personales, para llevar a cabo las finalidades que se mencionan a continuación:

- Gestionar, facilitar, cambiar, consultar y procesar sus citas con profesionales de la medicina previamente concertadas o solicitadas por cualquiera de nuestros canales habilitados para tal fin.
- Gestionar, facilitar, consultar y enviar sus resultados de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.
- Consultar y/o actualizar autorizaciones de servicio médico.
- Permitir la verificación de sus estados de afiliación y servicios asociados con la protección y seguridad social.
- Entregar medicamentos y dispositivos médicos en caso de ser autorizados.
- Permitir el análisis y estudio de gastos en salud.
- Llevar a cabo análisis de datos con el fin de comprender mejor sus preferencias, de modo que podamos asegurarnos de poder brindarle productos y servicios personalizados.
- Enviar por cualquiera de los canales que nos haya suministrado la factura electrónica o documento equivalente.
- Trasmittir y transferir sus datos personales a cualquier país que proporcione o no niveles adecuados de protección de datos con el fin aplicar procesos de computación en la nube y big data.
- Distribuir y responder encuestas para que califique el servicio prestado.
- Brindar información de programas y campañas especiales que tengan como fin la prevención de enfermedades, la educación del usuario y el ofrecimiento de nuevos servicios de salud. Estas actividades podrán desarrollarse mediante el envío de correos electrónicos, SMS, MMS, mensajes a través de redes sociales (RRSS), mensajería instantánea y aplicaciones, como también por medio de llamadas telefónicas

Manifiesto que se me ha informado que la política de tratamiento de datos personales se encuentra disponible para ser consultada en www.comfandi.com.co/legal y que, con respecto a mis datos personales podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación, supresión y prueba de autorización ante **COMFANDI**, mediante los canales habilitados como: Contacto electrónico www.comfandi.com.co/datos-personales; envío de una comunicación escrita dirigida a nuestro Oficial de Protección de Datos Personales a la Carrera 23 No. 26B - 46, primer piso, Sede Administrativa COMFANDI El Prado, Cali, Colombia; o al correo electrónico protecciondatos@comfandi.com.co indicando en el asunto: "Consulta o Reclamo Ley Estatutaria 1581 de 2012".

Declaro también que para lo relacionado con la consulta médica mediante la modalidad de telemedicina interactiva, autorizo de forma voluntaria, libre e inequívoca a Comfandi como responsable del tratamiento para que recolecte, clasifique, almacene, utilice, archive, grabe y demás modalidades sobre el tratamiento de mis datos personales inclusive de mis datos sensibles o de una persona incapaz de decidir por sí misma.

FIRMA USUARIO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

No. DE DOCUMENTO: _____