

Unidad / Servicio	N° Episodio:	Fecha diligenciamiento	[FWA-FECHA2]		
[NBEW-ORGFA]	[FWA-EPISODIO]		dd	mm	aaaa

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: [NPAT-VNAME] [FWA-CODEX1] [NPAT-NNAME] [NPAT-GBNAM]
Historia clínica N°: [LWA_HEADER-TI] **Fecha de nacimiento:** [NPAT-GBDAT]
Identificación N°: [FWA-TI] **Expedida en:** _____

B. CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

1. Diagnóstico:

[FWA-DPRI]

2. Beneficios de la atención bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva:

3. Posibles complicaciones:

La consulta médica a través de la modalidad de Telemedicina Interactiva conlleva a la ausencia de examen físico, lo que puede complicar o dificultar una impresión diagnóstica. Es posible que de acuerdo con los resultados de la valoración médica deba acudir por sus propios medios al servicio de urgencias o consultas prioritarias en la Fundación Valle del Lili o en la red de prestadores de su asegurador. Es deber del paciente seguir y acatar las recomendaciones médicas.

C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE / TUTOR / REPRESENTANTE LEGAL

Declaro en pleno uso de mis facultades mentales que he recibido una explicación y descripción clara y en lenguaje sencillo sobre el servicio de Consulta Externa bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva que voy a recibir, mediante la cual un Profesional de la Salud, haciendo uso de una herramienta de videollamada, hará una valoración de mi estado de salud, con miras a obtener un concepto médico y a ordenar los medicamentos y/o tecnologías en salud que considere necesarios para mi tratamiento.

También se me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los beneficios, posibles riesgos y complicaciones, así, como las otras alternativas de tratamiento al servicio que voy a recibir, y la posibilidad de que los Profesionales de la Salud determinen la necesidad de cambio de modalidad en la atención, según la valoración que hagan de mi estado de salud o por fallas tecnológicas en el proceso de atención que impidan el cabal desarrollo de la misma.

Igualmente declaro que se me ha informado que para efectos de brindarme atención médica, autorizo expresamente a la Fundación Valle del Lili para recolectar, clasificar, almacenar, utilizar, archivar y cualquier otra modalidad de tratamiento a mis Datos Personales, incluyendo mis Datos Sensibles, conforme a las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible para su consulta en la página web www.valledelili.org, la cual puede ser modificada por la institución sin previo aviso. Estas finalidades incluyen soportar la atención médico asistencial, remitir información a su entidad aseguradora, gestionar procesos de cobro, realizar encuestas de satisfacción, elaborar estudios estadísticos, científicos y/o investigativos; enviar por cualquier canal (correo electrónico, SMS, físico) suministrado resultados de exámenes diagnósticos, información empresarial, académica, comercial y/o promocional de la Fundación Valle del Lili, sus aliados comerciales y/o estratégicos siempre relacionada con su objeto social.

Fui informado de que en caso de querer actualizar, rectificar o suprimir los datos que he suministrado, puedo enviar un correo electrónico a la dirección datospersonales@fvl.org.co, donde se le dará trámite a mi solicitud de conformidad con lo establecido por la Ley 1581 de 2012 y demás normas vigentes.

Comprendo perfectamente en qué consiste el servicio de consulta externa bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva y que el servicio requiere de una conexión a internet estable, lo que puede implicar un consumo de datos celulares o de ancho de banda para el paciente (marque con una X):

Si No

Autorizo el tratamiento de mis Datos Personales, incluyendo mis Datos Sensibles, para los fines previamente señalados, así como la posibilidad de grabación y almacenamiento en la nube hacia servidores nacionales o internacionales (marque con una X):

Si No

Igualmente entiendo que tengo la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier antes y durante la Consulta, y que, en caso de no aceptar esta modalidad de tratamiento, puedo continuar recibiendo atención médica.

D. MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD

En consideración a lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para ser atendido bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva; de tal forma que el consentimiento que emito se encuentra exento de cualquier error.

En cualquier caso, deseo que se me respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase "ninguna" y sí no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar):

E. MENORES DE EDAD E INCAPACES

EN CASO DE QUE EL PACIENTA SEA MENOR DE 18 AÑOS, Y/O INCAPAZ, ESTE CONSENTIMIENTO SERÁ SUSCRITO POR SU REPRESENTANTE LEGAL

Sé que el paciente es incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento descrito arriba. Por ende, en mi condición de Representante Legal, el médico tratante me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste, cuáles son los objetivos del procedimiento y me han informado los riesgos y los procedimientos alternativos.

He comprendido todo lo anterior, y por ende otorgo mi Consentimiento en nombre del paciente menor de edad y/o incapaz, para que se le preste el servicio de Consulta Externa bajo la modalidad de Telemedicina Interactiva

Si No