

Consentimiento Informado

Tomo conocimiento que seré atendido por un profesional en el Centro “**Consulta Psiquiátrica Dr. Marco Rojas**” a través de la modalidad **Teleconsulta**. La teleconsulta corresponde a una atención a distancia realizada a través de videollamada o llamada telefónica entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real.

Sin perjuicio de lo anterior, estoy al tanto que la telemedicina entendida como teleconsulta pudiera presentar las siguientes falencias y consideraciones.

- No reemplaza la atención presencial, toda vez que carece de la posibilidad de efectuar examen físico.
- Puede verse alterada por falencias tecnológicas.
- Toda atención queda suscrita a una **sospecha diagnóstica**, la cual puede cambiar durante el transcurso del tratamiento.

Por el presente documento entiendo que:

1. Una vez se inicie la atención, El profesional tendrá acceso a la ficha médica y diagnósticos establecidos durante todo el proceso de atención de cada paciente. Esto para mejorar el diagnóstico y asegurar la correcta evolución del usuario.
2. Accedo a compartir mi información por vías tecnológicas con un profesional que será el receptor de la misma.
3. En caso de ser necesario, accedo a adjuntar información extra relevante, durante la teleconsulta médica en forma de imágenes o documentos. Esta documentación debe ser con adjuntada en un formato que garantice una buena visión y lectura.
4. Me obligo al inicio y durante toda la realización de la teleconsulta a encontrarme en un lugar en donde se respete la privacidad.
5. Entiendo que la teleconsulta no reemplaza la atención presencial, sino que es un recurso de la medicina y por ende podría ser incompleta precisamente al carecer de la realización de examen físico y/o entre otros.
6. Entiendo que la transmisión podría verse alterada por fallas de tipo tecnológicas. Por ejemplo, mala conexión a internet.

7. Que en atención a lo anterior y considerando la justificación de realizar la teleconsulta, me comprometo a cumplir con las indicaciones y sugerencias del médico, incluso consultar a un especialista cuando las circunstancias lo permitan.
8. No todas las patologías se pueden resolver por este medio.
9. Es el médico tratante quien decide si es que la situación del paciente amerita una licencia médica.
10. Si solicito cancelar o cambiar el horario de una cita que comienza en menos de 4 horas (240 minutos), No se garantiza la devolución del dinero. Esto quiere decir que, en caso de llegar tarde o no asistir pierdo el derecho a la devolución del dinero; sin embargo, solo si el profesional lo considera necesario, se podría reagendar la cita en otro horario.
11. Si es que han pasado 10 minutos o más desde el inicio de la consulta y aún no me presento, queda a criterio del especialista si es que el tiempo restante alcanza para hacer una teleconsulta adecuada. De no ser posible, pierdo la teleconsulta.
12. Entiendo que la boleta del servicio estará disponible hasta 2 días hábiles después de realizada la consulta.
13. Al reservar la teleconsulta, se enviará por correo electrónico, la información respecto al pago y los términos del presente protocolo de consentimiento. El realizar el pago, presupone la aceptación de dichas condiciones.
14. Entiendo que en todo momento durante la realización de la teleconsulta puedo revocar mi consentimiento, para lo cual el médico me pedirá señalarlo expresamente y también quedará registro de ello, finalizando así la teleconsulta.
15. Queda estrictamente prohibido la grabación, fotografía, transcripción, transmisión o reproducción total o parcial de la consulta. En el caso de confirmarse la situación previamente descrita, el profesional tiene la facultad de dar por finalizada la sesión e informar a las autoridades correspondientes.

Si los medios tecnológicos lo permiten y si estoy de acuerdo con los términos del presente consentimiento, procedo a aceptarlo en la plataforma por vía remota al reservar la teleconsulta.