	PROCESO MISIONAL	PM-02-F-18	
	CONSULTA	FECHA ABR_2020	VERSIÓN 1
		Página 1 de 1	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEORIENTACION

### 1. INTRODUCCIÓN


En razón a la contingencia actual, con ocasión de la declaratoria de emergencia sanitaria por coronavirus (Covid-19) en todo el territorio nacional que afecta la atención presencial, con el fin de mejorar el acceso, la resolutive, la continuidad y la calidad de la atención de servicios de salud en la especialidad de Oftalmología, la CLINICA DE OFTALMOLOGIA SAN DIEGO CUCUTA, con NIT.: 900191362-4, atendiendo las prescripciones normativas de la Resolución No. 2654 de 2019 del Ministerio de Salud y Seguridad Social, artículo 10, ha implementado y puesto a disposición de los usuarios del Norte de Santander que pertenecen a las empresas ADMINISTRADORA DE PLAN DE BENEFICIOS, POLIZAS ASEGURADORAS, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA, SISTEMA DE RÉGIMEN ESPECIAL Y USUARIOS PRIVADOS, el servicio de + SALUD VISUAL, definido dentro el concepto de TELEORIENTACIÓN EN SALUD con el fin de proporcionar: ACOMPAÑAMIENTO Y CONTROL EN LA CIRUGÍA REALIZADA, SOLICITUD Y ACTUALIZACIÓN DE FORMULA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS ( OJO SECO , GLAUCOMA, DEGENERACIÓN MACULAR, RETINOPATÍA DIABÉTICA ), ORIENTACIÓN EN PRESENCIA DE SIGNOS DE ALERTA ( DOLOR OCULAR, PERDIDA REPENTINA DE VISIÓN Y DISMINUCIÓN REPENTINA DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA ), PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD VISUAL PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA

### 2. BENEFICIOS

- Mejorar el acceso y continuidad al servicio de oftalmología.
- Obtener su formulación médica, solicitud de exámenes y certificados médicos en formato digital con validez para uso inmediato.
- Descongestionar los servicios en la Clínica y permitir uso razonable para usuarios prioritarios y urgentes que necesiten atención presencial
- Seguimiento continuo de su condición de salud en la comodidad de su casa.
- Disminuye los costos y riesgos de desplazamiento fuera de su cómodo entorno.
- Mitigación del riesgo de contagio DEL COVID-19, al no tener que salir de su entorno.
- Disminución de los costos y tiempo de desplazamiento fuera de su entorno.

### 3. POSIBLES RIESGOS:

- Registro de información podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la asesoría, así mismo la transmisión de la información del oftalmólogo podría ser interrumpida por una persona no autorizada.
- Los servicios basados en Tele-orientación pueden no ser tan completos como los servicios presenciales, por lo que si el profesional de la salud considera que requiere otros servicios (por ejemplo, consulta prioritaria o de urgencias), se le recomendará al usuario que acuda a otros profesionales y será responsabilidad del usuario garantizar que las instrucciones de referencia sean seguidas a tiempo.

	PROCESO MISIONAL	PM-02-F-18	
	CONSULTA	FECHA ABR_2020	VERSIÓN 1
		Página 2 de 1	

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEORIENTACION**

- Es posible que la información transmitida por el usuario no sea suficiente para dar un concepto apropiado por parte del profesional de la salud.
- Ocasionalmente, la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa puede dar como resultado una asesoría incompleta u otros errores de juicio
- En ocasiones, podrían presentarse demoras en la atención debido a deficiencias, fallas en la conectividad o en los equipos electrónicos o congestión por una alta cantidad de usuarios.

#### **4. AL ACEPTAR ESTE FORMULARIO, INDICO LO SIGUIENTE:**

- Que comprendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso del servicio de Tele - Orientación ofrecido por la Clínica de Oftalmología Sandiego Cúcuta.
- Que comprendo que las leyes que protegen la privacidad y seguridad de la información suministrada de mi salud aplican a la tele-orientación y que ninguna información obtenida en el uso de la tele-orientación, la cual me identifica, será revelada a investigadores u otras entidades sin mi autorización.
- Que comprendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la tele-orientación en el curso de mi atención en cualquier momento.
- Que comprendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de tele-orientación, que puedo pedir copias de esta información, la que harán parte de mi historia clínica.
- Comprendo que puedo tener a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento.
- Que comprendo que la tele-orientación puede involucrar la comunicación electrónica de mi información del estado de salud visual al personal y otros oftalmólogos en las instalaciones de la clínica.

**CONSENTIMIENTO DEL USUARIO PARA EL USO DE LA TELEORIENTACIÓN.** He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente con respecto al servicio de tele-orientación, lo he comentado con mi oftalmólogo o personal de apoyo que fueron designados para mi atención y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

- X Autorizo a CLINICA DE OFTALMOLOGIA SANDIEGO CUCUTA para utilizar la tele-orientación para el motivo solicitado de atención bajo este servicio\*
- X Toda la información suministrada en el formulario de solicitud de información de tele-orientación es verdadera y puede validarse en las diferentes bases de datos disponible para consulta \*
- X Me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento\*