

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE MAYAGUEZ DECANATO DE ESTUDIANTES DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMEDICINA <i>DICIEMBRE DE 2020</i>
--	--

Consentimiento Informado de Telemedicina: este documento surge ante la necesidad de implantar la Telemedicina/Telesalud como nuevo servicio a ofrecer en el Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez. Los servicios de Telemedicina implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir y facilitar la atención médica desde diferentes lugares dentro de Puerto Rico, entre el proveedor y el paciente con el fin de mejora o mantener la salud del paciente satisfactoriamente.

La comunicación electrónica se refiere al uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, pero no se limita a equipos de audio y video (teléfonos, computadoras, video llamadas) que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el proveedor. Para que una intervención se lleve a cabo debe haber dos sitios para poder producir la comunicación: el sitio de origen (donde está el paciente) y el sitio de distantes (donde está el proveedor de salud).

Para efecto de este documento cuando se habla de proveedor de salud se refiere a: médicos, personal de enfermería, psicólogo clínico y cualquier otro profesional que labore en el Departamento de Servicios Médicos y medie una autorización por la Administración del Departamento. Se establece que la información obtenida mediante la Telemedicina podrá ser utilizada para diagnóstico, terapia, tratamiento, seguimiento o educación.

La implantación de la Telemedicina permitirá que el paciente y el proveedor de la salud puedan mantener una comunicación médica efectiva, dentro de un escenario virtual estricto y profesional, acorde con la necesidad existente a nivel mundial.

Habiendo sido informado de todo lo que envuelve el proceso de Telemedicina en el Departamento de Servicios Médicos del Recinto de Mayagüez entiendo que al igual que cualquier otro procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina/Telesalud que necesito conocer y dar mi consentimiento.

Beneficios esperados:

- Mejora el acceso a la atención médica o psicológica.
- Es un proceso eficiente y facilitador dirigido a la necesidad de salud que presente al momento de la Telemedicina /Telesalud / Tele Consulta Psicológica.

- Puedo recibir diagnósticos, tratamientos (receta médica), terapia psicológica, educación o referidos médicos del proveedor entender que es necesario.
- Recibir la atención médica o psicológica requerida a pesar del distanciamiento físico.
- Permite la prevención de posibles complicaciones por falta de tratamiento o seguimiento requerido por cualquier condición crónica que tenga en base a mi historial médico existente.

Posibles Riesgos:

- A pesar de los esfuerzos de protección la transmisión de la información médica puede verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar atraso en la evaluación médica.
- La transmisión de mi información médica puede verse interrumpida por una persona no autorizada o el almacenamiento electrónico de mi información puede verse accedido por personas no autorizadas.
- Los servicios de Telemedicina/Telesalud /Tele Consulta Psicológica pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. En situaciones donde el proveedor de salud entienda que es más recomendable una intervención médica presencial me referirá a mi médico primario, una sala de emergencia, (incluye sala de emergencias de salud mental) me dará cita para visitar de forma presencial su oficina médica de ser posible. Será mi responsabilidad seguir las instrucciones del proveedor de salud.
- Puede surgir interferencias durante la transmisión de información dificultando o impidiendo el proceso.
- En casos excepcionales los protocolos de seguridad de información pueden fallar, esto no significa bajo ningún concepto que sea intencional o violación de ley alguna.
- Debido a la falta de acceso a registros o información médica completa puede ocurrir que el tratamiento ordenado produzca reacciones adversas o no efectivas.

Al firmar este formulario, entiendo:

- Que estoy dando mi consentimiento para compartir mi información de salud con el personal proveedor de salud autorizado por el Departamento de Servicios Médicos del RUM.
- Deberá haber recibido el proveedor de salud del Departamento de Servicios Médicos el consentimiento informado previo a la correspondiente Teleconsulta / Telesalud / Tele Consulta Psicológica debidamente firmado por mí. De lo contrario se me dará una nueva cita.
- Entiendo que tengo el derecho a negar o retirar este consentimiento en cualquier momento que yo estime prudente. Podré hacerlo vía correo electrónico enviando a servmedrum@upr.edu. Esto no impedirá que reciba atención médica en otro momento que así lo solicite.
- Tengo derecho a la información obtenida durante la Telemedicina/Telesalud.

- Puedo elegir libremente entre la Telemedicina/ Telesalud/ tele Consulta Psicológica o consulta cara a cara (presencial) en cualquier momento.
- Entiendo que no se me puede garantizar los resultados anticipados de la Telemedicina / Telesalud/ Tele consulta Psicológica.
- Este servicio de Telemedicina ofrecido por el Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez no constituye bajo ningún concepto el seguimiento de salud con su médico primario.
- Aunque aplica la ley HIPAA, entiendo que existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad que incluyen entre otras, la denuncia de abuso infantil, condiciones infecciosas notificables, ideas suicidas u homicidas, etc.
- Cualquier causa de acción no deseada que surja de este servicio, renuncio a deliberadamente a mi derecho de acudir o acceder a cualquier foro legal en Puerto Rico o el extranjero.
- Este documento será parte de mi expediente médico

He leído y entiendo la información presentada en este documento, mis dudas fueron aclaradas a mi satisfacción. Por lo que doy consentimiento informado para el uso de Telemedicina/Telesalud / Tele Consulta Psicológica en la atención médica o psicológica de mi salud.

Persona Contacto/Tutor Legal (menores de 21 años): _____

Tel: _____ // _____

Yo (nombre y apellidos en letra de molde) _____;
con _____ años de edad, nacida en _____, el día _____ de
_____ de _____ y con Número de Estudiantes (empleados los
últimos 4 dígitos del SS), _____.

Para que así conste firmo hoy, _____, de 202__

Firma(paciente): _____.

Para uso oficial del DSM-RUM

Persona que recibe Consentimiento Informado: _____

Fecha: _____ de 202__ Hora: _____ (am) (pm)

Medico/Psicólogo que provee el servicio: _____ Lic. # _____

Cita: _____ de 202__ Hora: _____ (am) (pm)

Medio usado: _____.

Comentarios Adicionales / Vigencia y/o Cancelación del permiso:

Firma: _____