



**CONSENTIMIENTO INFORMADO MODALIDAD DE TELEMEDICINA  
SERVICIO DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA**

Fecha de Diligenciamiento:

En mi calidad de **PACIENTE**  **MADRE/PADRE**  **ACUDIENTE**  me permito declarar que:

- Se me ha explicado el alcance de la atención en consulta especializada bajo la modalidad de telemedicina.
- Se me ha informado que hay otras opciones, sin embargo, elijo ser atendido bajo la modalidad de telemedicina.
- Se me ha informado sobre los beneficios, riesgos médicos y tecnológicos de la consulta especializada por gastroenterología mediante modalidad de telemedicina.
- Se me ha informado que ENDOVIDEO 2000 LTDA manejará correctamente la privacidad, confidencialidad y tratamiento de los datos personales.
- Se me ha explicado el proceso de contacto entre mí y el médico especialista.
- Se me han informado los signos de alarma que debo tener en cuenta.
- Se me ha explicado el procedimiento a seguir en caso de fallas tecnológicas.
- Se me ha garantizado que toda la información manejada durante la atención medica bajo la modalidad de telemedicina quedara consignada en mi historia clínica.
- Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicite el personal de salud.
- Que he leído y comprendido el presente documento, que se me ha explicado y que he realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Por todo lo anterior, doy libremente mi consentimiento para que ser atendido(a) en Consulta Médica Especializada por Gastroenterología bajo la modalidad de **TELEMEDICINA**.

SI, consiento que sea grabado  NO, consiento que sea grabado  Audio  Video  Todas

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DE PADRES/ACUDIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	NOMBRE Y APELLIDO
NO. DE IDENTIFICACIÓN	NO. DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO ESPECIALISTA

**DISENTIMIENTO O DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con No. de identificación \_\_\_\_\_, no autorizo la atención médica por Gastroenterología, mediante modalidad de **TELEMEDICINA**.

\_\_\_\_\_ FIRMA

<b>ELABORÓ:</b> ANYELA COLLAZOS GALLEGO	<b>REVISÓ:</b> JHON JAIRO CELIS	<b>APROBÓ:</b> DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	<b>VIGENCIA DD/MM/AAAA</b>	
<b>CARGO:</b> COORDINADORA DE CALIDAD	<b>CARGO:</b> GASTROENTEROLOGO	<b>CARGO:</b> GERENTE	<b>DESDE</b> 01/05/2020	<b>HASTA</b> 30/04/2021