

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTAS POR TELEMEDICINA (VIDEOCONFERENCIA-CONSULTORIOS VIRTUALES)

Me han informado ampliamente que el/la Dr/Dra:..... solicitó al Hospital de pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan la realización de una videoconferencia interactiva a distancia llamada teleconsulta, en la cual se intercambiará información sobre el estado de salud de mi hijo/a:.....con DNI N° .....

Me han informado que el médico tratante que solicitó la videoconferencia participará y brindará la información necesaria acerca de la salud de mi hijo/a (en formatos de texto, audio, video y/o imágenes) y que los médicos del Hospital Garrahan observarán, participarán y emitirán comentarios o sugerencias a distancia.

Me han informado que los comentarios y sugerencias realizados por profesionales del Hospital Garrahan no reemplazarán el criterio médico del equipo tratante, estos últimos serán finalmente los que definan e implementen todos los procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

Me han informado que los profesionales intervinientes en la videoconferencia respetarán la privacidad y confidencialidad de los datos personales de mi hijo/a y mi familia como ocurre en cualquier consulta entre un paciente y el equipo de salud.

Me han informado que puede ser necesaria la presencia de personal técnico, durante la videoconferencia con el fin de apoyar la transmisión a distancia.

Me han permitido leer el texto de este consentimiento las veces que me fueron necesarias y han aclarado en forma satisfactoria mis dudas.

He comprendido todo lo que me han informado, tanto espontáneamente como en respuesta a mis preguntas, por lo que **consiento** en que se realice la teleconsulta con el Hospital Garrahan.

Me han explicado que se le Informará a mi hijo todo lo necesario de acuerdo al nivel y posibilidades de comprensión.

Fecha:

Firma y Aclaración del paciente:

Firma y Aclaración de la madre/padre:

Firma y Aclaración del médico solicitante: