	<p align="center">TERAPIAS C.T.J S.A.S.</p> <p align="center">FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEORIENTACION</p>	<p>Código: 001- CTJ-HC-FO-CIT</p> <p>Versión: 2</p> <p>Fecha: 2-2-2023</p> <p>Página 1-3</p>
---	---	--


De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2654 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud en la que se regulan las actividades de TELESALUD, entre ellas la TELEORIENTACIÓN EN SALUD, el presente documento tiene como finalidad autorizar al médico tratante para hacer uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en cualquiera de las fases de atención en salud, esto es, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Para el efecto, el médico tratante puede hacer uso de las plataformas tecnológicas, tales como aplicaciones web, aplicaciones móviles, videollamadas, correo electrónicos, mensajería instantánea o aquellas que le permitan orientar al usuario respecto de determinado asunto relacionado con su estado de salud, garantizando siempre la privacidad, seguridad y protección de la información, de conformidad con la normatividad que regula la materia (Leyes 527 de 1999, 1266 de 2008, 1581 de 2012, 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes). En mi condición de paciente y/o representante del paciente, identificado como aparece al pie de la firma, autorizo al profesional adscrito a la **IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S.** quienes obran como mis terapeutas tratantes, para que en el ejercicio legal de su profesión lleve a cabo CONSULTA DE TELEORIENTACION para el manejo terapéutico y procedimientos necesarios según se determinen en las ordenes medicas correspondientes al **DIAGNOSTICO MEDICO:** _____;

Manifiesto que se me han explicado como beneficios de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD, entre otros, los siguientes:

1. Accesibilidad remota a la atención terapéutica, al permitir que un paciente permanezca en su ubicación mientras el terapeuta le orienta desde un sitio distante.
2. Obtener concepto, frente al plan e tratamiento lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos.
3. Disminución de los costos y riesgos de desplazamiento fuera de mi domicilio. Del mismo modo manifiesto que se me ha informado sobre los potenciales riesgos o dificultades de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD, los cuales corresponden, sin limitarse a ellos, a:
 1. La imposibilidad de obtener tratamiento terapias efectiva.
 2. La información enviada puede resultar insuficiente (por ejemplo, imágenes o audios de baja calidad) para dar lugar al plan de tratamiento concluyente por parte del terapeuta.
 3. Fallas en los servidores que alojan la plataforma a través de la cual se presta el servicio, lo que puede dar lugar a filtración de la información confidencial del paciente. En estos casos se exime de toda responsabilidad al terapeuta tratante.

En concordancia, comprendo que:

1. La TELEORIENTACIÓN EN SALUD no me impide acudir al servicio de salud de manera presencial.
2. Como usuario tengo derecho a solicitar la identificación del profesional que me presta el servicio. Así mismo, debo identificarme con el terapeuta tratante para poder acceder al servicio.
3. Como paciente tengo el deber de proporcionar la información necesaria, actualizada y verídica para recibir el servicio de manera adecuada.
4. Tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD en cualquier momento, incluso en el transcurso de la tele consulta.
5. La plataforma por medio de la cual se presta el servicio puede ser propiedad de un tercero y por lo tanto las fallas técnicas que puedan presentarse no son responsabilidad del terapeuta tratante.
6. El terapeuta tratante colocará toda su pericia y conocimientos para prestarme el servicio pero que en todo caso su orientación no garantiza determinado resultado.
7. La información que entregue en el curso de la tele consulta será única y exclusivamente con el fin de recibir la orientación necesaria para mi caso, en el evento que el terapeuta tratante requiera enviarla a otros profesionales, investigadores o entidades deberá solicitar mi autorización.
8. Tanto el terapeuta tratante como el paciente y/o representante del paciente, podemos suscribir el presente consentimiento haciendo uso de nuestras firmas digitalizadas o de cualquier otro medio que permita demostrar inequívocamente nuestra voluntad de firmarlo.

	TERAPIAS C.T.J S.A.S. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEORIENTACION	Código: 001- CTJ-HC-FO-CIT Versión: 2 Fecha: 2-2-2023 Página 1-3
---	---	---

Comprendo y acepto **SI** ____ **NO** ____ las implicaciones del presente consentimiento informado y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. como también me han explicado la naturaleza y el propósito del manejo terapéutico intramural ____ domiciliario ____ que se brindara durante el tratamiento.

Alternativas de tratamiento:

Como paciente, usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y de los riesgos derivados de la asistencia presencial y/o atención domiciliaria a los servicios de la **IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S.** en cualquiera de sus ubicaciones. El propósito de esta información es que usted conozca los riesgos de la comparecencia a tratamiento terapéutico, y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar dicha consulta o tratamiento.

¿Qué es el nuevo coronavirus-SARS-CoV-2? ¿Cómo se transmite? ¿Qué síntomas produce? El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus y produce la enfermedad COVID-19. La transmisión se produce por contacto directo de las mucosas de nariz, ojos o boca con las gotas respiratorias que emite una persona enferma al toser o estornudar; o a través de las manos contaminadas con esas gotas, al tocarse dichas mucosas. Es poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de dos metros. La transmisión del virus puede producirse antes de que la persona desarrolle síntomas o con síntomas leves. Su presentación clínica varía desde asintomática hasta complicaciones pulmonares, cardíacas o vasculares potencialmente mortales y la muerte. Los síntomas más comunes de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19) incluyen: fiebre, tos y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber disminución del olfato y del gusto, diarrea o vómitos, o lesiones variadas en la piel, en el pecho o en los dedos de manos o pies, generalmente en niños y adolescentes sin otros síntomas. En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar su bioseguridad. En esta circunstancia excepcional derivada de la pandemia del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física con Usted, la posible generación de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del COVID-19.

Las circunstancias especiales en las que existe mayor riesgo de infección son: edad avanzada, pluripatología, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis, enfermedades hepáticas, diabetes mellitus, obesidad, inmunodepresión como los pacientes oncológicos entre otros.

Manifiesto que he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre TELEORIENTACIÓN EN SALUD, que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y que decido de manera libre y espontánea otorgar mi consentimiento para la atención a través de la TELEORIENTACIÓN EN SALUD.

Nombre: _____

Firma _____

Documento N°: _____


En caso de ser menor de edad, padecer discapacidad, limitación funcional firmara la persona responsable del Paciente

Nombre: _____

Firma _____

Documento N°: _____

Parentesco: _____

	TERAPIAS C.T.J S.A.S. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEORIENTACION	Código: 001- CTJ-HC-FO-CIT
		Versión: 2
		Fecha: 2-2-2023
		Página 1-3

Autorizo, igualmente a diligenciamiento digital del presente consentimiento SI NO

El suscrito profesional, deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativa del tratamiento señalado y que ha respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de este. En constancia se firma en Bogotá a los _____ () días del mes de _____ de _____.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: _____

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Quien suscribe la presente revocatoria, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente. Representante y/o tutor: del paciente identificado como aparece al pie de la firma manifiesto que **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento la atención en el servicio de la IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S. y le exonero de toda responsabilidad

Nombre: _____

Firma _____

Documento N°: _____

En caso de ser menor de edad, padecer discapacidad, limitación funcional firmara la persona responsable del Paciente

Nombre: _____

Firma _____

Documento N°: _____

Parentesco: _____