# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN MÉDICA DERMATOLÓGICA A DISTANCIA.

# Sinonimia: TELEMEDICINA con imágenes; TELECONSULTA DERMATOLÓGICA; TELEDERMATOLOGÍA o atención dermatologica a distancia.

# SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

## 1-. ¿Qué es la TELEDERMATOLOGÍA?

La Teledermatologia o “Atención Dermatológica a Distancia” es la consulta con el médico especialista , en donde la relación entre el médico y el paciente NO ES PRESENCIAL.Existe un sitio de origen donde se halla ubicado el paciente y un sitio de atención distante donde esta el médico durante el tiempo de la consulta. Dicha consulta se efectúa por intermedio de dispositivos electrónicos como un teléfono celular, tableta o computadora.

Habitualmente y dependiendo de las necesidades del paciente y las caracteristicas de la consulta pueden utilizarse dos modalidades de atención: en tiempo real o en tiempos diferidos. Mediante estas modalidades, los dermatologos logran la interaccion con sus pacientes para intercambiar información y realizar preguntas sobre la Historia clínica, agregar datos de la inspección obtenidos por fuentes tipo imágenes, videos, estudios y/o audios que se puedan adjuntar.

## 2-. Ventajas de la TELEDERMATOLOGIA

Esta atención médica a distancia tiene varias ventajas ya que permite:

* Atención médica del especialista en dermatología llegue a pacientes que viven en sitios distantes de los grandes centros de salud
* Disminuye la cantidad de pacientes que solicitan atención en las guardias de los centros de salud.
* Descongestiona y optimiza el trabajo de las guardias a casos urgentes.
* Evita infecciones innecesarias de transmision hospitalaria , o COVID-19
* Menor posibilidad de transmisión de patologias en medios de transporte masivos.
* Evaluación y tratamientos médicos más eficientes
* Disminuye los costos
* Evita demoras que generan la solicitud de turnos
* Facilita el acceso a resultados de los estudios complementarios (análisis, estudios de imágenes, etc)
* Permite el seguimiento periodico de las enfermedades crónicas.
* Prescripciones medicas, la solicitud de examenes y certificados en formato digital con validez para uso inmediato.
* Facilita obtener una segunda opinion.
* Facilita el manejo y atencion por un grupo de especialistas medicos sobre su padecimiento de salud

## 3-. Limitaciones de la atención médica a distancia

Como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la TELEDERMATOLOGÍA y no todos los motivos de consulta dermatologicos pueden ser resueltos a distancia.

Una vez que se haya optado por la atención medica a distancia, el paciente enviará la información de la consulta al especialista.

En casos excepcionales, puede ser que:

a) la **información transmitida** **no sea suficiente** (p. ej. baja resolución de las imágenes, baja calidad de las imágenes por cuetiones tecnicas, de iluminación, etc) para permitir una toma apropiada de decisiones médicas.

b) se produzcan demoras en la evaluación/tratamiento médico debido a **deficiencias o fallos en el equipo electrónico**.

Frente a estas u otras situaciones, el especialista podrá indicar una atencion medica presencial, ya sea por derivación o interconsulta. Para que el médico pueda tomar estas decisiones el paciente deberá explicar al médico con toda claridad y precisión el motivo que lo llevó a realizar la teleconsulta.

La información suministrada por el paciente durante la consulta tendra carácter de declaración jurada y no deberá falsear ni **ocultar información**, aunque no le parezca importante, ya que esta información será incorporada a su Historia Clinica.

Dado que durante las teleconsultas, el médico no puede examinar al paciente, su diagnóstico e indicaciones se basarán en el relato del paciente, las imágenes que el paciente pueda enviar al médico de su dolencia cutánea o de estudios médicos previos.

La calidad de las imágenes pueden verse limitadas por cuestiones técnicas, iluminación, etc. y estos aspectos podrían limitar la capacidad diagnóstica por parte del médico. Los especialistas harán diagnósticos de certeza y diagnosticos presuntivos sobre los que deberá hacerse un seguimiento con nuevas tele consultas o pasar a una consulta presencial tradicional.

La **confidencialidad** médico – paciente será estrictamente respetada , manteniendose en reserva todo el intercambio de datos electrónicos. Se tomarán todos los recaudos posibles para lograr confidencialidad, privacidad y seguridad.

Es importante que en aquellas consultas en las cuales se utiliza texto escrito, no se cometan errores de tipeo al escribir en el teclado y se debe verificar que el corrector de texto no cambie inadecuadamente las palabras.

## 4-. CONSENTIMIENTO (**Al firmar este formulario** autorizo efectuar una Consulta Médica Dermatológica a Distancia):

Comprendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la teledermatologia en mi atención médica, pero que los resultados como en la atención medica habitual no pueden ser garantizados.

Comprendo que las leyes que protegen la **confidencialidad** de la información de salud aplican a la teledermatologia y como paciente informo por SI / NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos preservando su identidad.- (Rodear con un círculo la opción elegida).-

Comprendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento.

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura detallada y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me efectúe una atención médica dermatológica a distancia a cargo del Dr/a.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**DATOS DEL MEDICO)**

Me comprometo a seguir todas las instrucciones de mi médico especialista Dermatólogo/a, a no ocultar información y a cumplir con su indicación de asistir a una consulta presencial tradicional cuando el médico dermatólogo/a así lo disponga.

**Datos del paciente**:

Paciente (Nombre y apellido)………………………………………………………………….

Edad: ………………… Nº DNI: ………………………………………

Dirección:……………………………………………. TE:……………………………………..

**FIRMA Y ACLARACIÓN PACIENTE o RESPONSABLE LEGAL………………………………………………….**

**FIRMA Y ACLARACIÓN MÉDICO………………………………………………………**