	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

Fecha: __/__/____


Nombre completo del paciente _____
HISTORIA CLÍNICA NÚMERO _____

1. Usted tiene derecho a ser informado acerca de la modalidad del posible tratamiento para mejorar el estado de su salud mental y/o adicciones, así como de las modalidades disponibles para su atención y a contar con plataformas tecnológicas para las actividades de salud. La Telesalud involucra el uso de tecnología de telecomunicaciones y medios electrónicos para interactuar con usted mediante voz (llamada telefónica) y/o audio y video (uso de programas o plataformas virtuales), con el fin de revisar su información médica para propósitos de diagnóstico, terapia, seguimiento, orientación y/o educación. Durante su consulta los profesionales de la salud certificados examinarán detalles de su historial médico e información de salud personal, sensible y confidencial, realizarán un examen clínico virtual y podrán ser tomadas grabaciones de video, audio y/o fotografías en caso de ser necesarias según el concepto del profesional tratante, para lo cual, previamente se realizará su identificación virtual.


Los sistemas electrónicos utilizados incorporan protocolos de seguridad de software para proteger la privacidad y seguridad de la información de salud, igualmente SAMEIN S.A.S consignará la atención prestada en la historia clínica, documento reservado y sujeto a confidencialidad. El presente consentimiento tiene como objeto ser informado sobre los beneficios, riesgos, el manejo de da a privacidad y confidencialidad, manejo de datos personales, entre otros, derivados del tratamiento que se me prestará por SAMEIN S.A.S a través de medios de comunicación electrónicos, bajo la modalidad de telemedicina en salud mental, como también en materia de adicciones en caso de presentarse dicho cuadro.

Yo _____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° _____, acogíendome a mi derecho en nombre propio y/o en calidad de Acompañante Responsable y/o Representante Legal del Paciente _____ manifiesto:

1. Para la atención en salud mental, he sido informado del alcance del modelo de telesalud y del uso de las plataformas tecnológicas para las actividades de salud, como la alternativa más conveniente para el estado de la patología que presento, en razón de las medidas sanitarias definidas por las autoridades públicas, con el ánimo de prevenir los riesgos de propagación y contagio del COVID 19, en razón de las restantes condiciones de aislamiento social necesarias como medida de salvaguardar la salud y seguridad propia y de la comunidad, para dicho efecto:
2. He sido informado/a por el doctor _____, sobre mi diagnóstico y mis necesidades de tratamiento de salud mental.
3. En forma libre y espontánea declaro que el médico tratante de SAMEIN S.A.S, me ha informado, amplia y detalladamente, sobre el tratamiento a realizar y conozco y entiendo las consecuencias del mismo y lo acepto en bien de la recuperación de mi salud.
4. Conozco y acepto los riesgos inherentes a la actividad médica, por lo que de manera expresa autorizó a los médicos tratantes para que realicen diagnósticos, tratamientos médicos, farmacológicos y todos los demás procedimientos necesarios en pro de mi salud que puedan ser realizados de manera virtual.


	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

5. Me han sido informados los riesgos a los que están expuestos los pacientes con enfermedad mental atendidos por telesalud y que están asociados a su condición clínica o a los medios de comunicación, entre los cuales están:
 - 5.1. En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej. Imposibilidad del paciente de compartir los resultados de exámenes médicos) para permitir una toma apropiada de decisiones clínicas por parte del médico
 - 5.2. Podrían ocurrir demoras en la evaluación/tratamiento médico debido a deficiencias o fallos en el equipo electrónico
 - 5.3. En raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar por razones ajenas a SAMEIN, causando una violación de la privacidad de información médica personal, en razón de los riesgos generales a los que están sometidos las actuaciones electrónicas, tales como el hackeo de la información, uso de phishing o suplantación de identidad, el cual puede ocurrir aún implementado las medidas de seguridad idóneas.
 - 5.4. En casos poco frecuentes, una falta de acceso a todos sus registros médicos, en especial a atenciones prestadas en otras instituciones, puede ocasionar interacciones farmacológicas adversas o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.
 - 5.5. Me encuentro enterado de los riesgos y secuelas seguidos de la administración de todo medicamento psiquiátrico, como también del hecho que mi cuadro mental puede presentar una evolución longitudinal que podrá implicar en algunos casos, variación del diagnóstico inicial, agravación o remisión temporal de síntomas seguidos de descompensaciones posteriores. En tal sentido conozco que con el uso en dosis terapéuticas de los medicamentos psiquiátricos se pueden presentar efectos adversos, entre los cuales son comunes: temblor y otros movimientos anormales, somnolencia, habla enredada, sequedad generalizada y de boca, dificultad para la marcha y alteraciones del equilibrio, rigidez y contracciones musculares, gastritis, trastornos de memoria, insomnio, entre otros. Como también puede presentarse entre otros síntomas, visión borrosa, alteraciones motoras, sequedad corporal, también son complicaciones menos frecuentes las alteraciones en las células de la sangre, estos últimos efectos adversos y otros (ideación suicida), aumento de ansiedad o depresión, daños renales o hepáticos, que pueden presentarse menos comúnmente y son en gran parte impredecibles. Conozco igualmente que los medicamentos administrados pueden requerir de variaciones que puedan generar descompensaciones de mi patología.
 - 5.6. Así mismo, si como consecuencia de mi condición mental y la evolución difícilmente controlable de la enfermedad, existe el riesgo de presentarse actos tendientes a la agresión a mi y/o a otras personas, por tratarse de una complicación inherente a la enfermedad de base, que puede ocurrir aún cuando se esté bajo tratamiento médico, riesgos que son asumidos por los suscriptores del presente escrito.
 - 5.7. En caso de presentarse estos u otros síntomas informaré, de manera oportuna, al médico tratante de su presencia para que pueda realizar el manejo adecuado en cada caso.
6. También se me ha advertido que debo informar al profesional mis antecedentes médicos y cualquier cambio en mi estado de salud general, si soy alérgico(a) a algún medicamento o he tenido antecedentes de alergia a la administración de medicamentos.
7. Comprendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telesalud en mi atención médica, como la rapidez en los tiempos de respuesta y la posibilidad de continuar mi proceso

	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

de atención previniendo los riesgos de eventuales contagios o propagación en medio de la actual emergencia sanitaria, sin embargo, conozco que los resultados como en la atención medica habitual, no pueden ser garantizados.

8. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y seguridad de la información de salud aplican a la telemedicina y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina, la cual me identifica, será revelada a investigadores u otras entidades sin mi autorización.
9. Comprendo que puedo renunciar a la continuidad de mi atención por telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento.
10. Conozco que el envío de mis datos personales es bajo mi cuenta y riesgo y que estoy autorizando el tratamiento de los mismos y que a través de estos sea contactado para la atención en telesalud.
11. Conozco que el envío de mis datos para la atención por telesalud implica la expresa aceptación al presente consentimiento informado.
12. Comprendo que tengo el derecho de acceder a mi historia clínica en la que se consignará el producto de la atención presentada por mecanismos tecnológicos, y que puedo recibir copias de esta información por el medio electrónico autorizado por mi al solicitar la telemedicina, con el lleno de los requisitos legales.
13. Comprendo que puedo tener a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento.
14. Comprendo que es mi deber informar a mi médico acerca de interacciones que pueda tener con otros proveedores de cuidados médicos, correspondientes a mi atención médica.
15. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y que estoy en posibilidad de realizar preguntas sobre todo aquello relacionado con mi tratamiento. También comprendo que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presto y que mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.
16. Declaro que los riesgos que la conversación sostenida sea escuchada por terceros que habiten conmigo corre bajo mi cuenta y riesgo, conozco que, durante la consulta para poder orientar mi tratamiento, seré interrogado por el profesional tratante sobre información personal, sensible y confidencial, la cual debo contestar en forma veraz para orientar en la mejor manera el concepto del profesional. Conozco que corre por mi cuenta las condiciones de privacidad durante el uso de mecanismos de telesalud.
17. Corre igualmente por mi cargo la posibilidad que el equipo o línea del cual establezca contacto pueda ser accedida por un tercero con el que resida o que el mecanismo tecnológico deje una trazabilidad inconsciente de la atención en salud recibida, riesgo que también asumo.
18. Autorizo el uso de mis datos personales según la política de datos personales de samein S.A.S.
19. En caso que mi cuadro requiera de atención en adicciones, declaro igualmente que:
 - 19.1. He sido informado amplia y detalladamente sobre el tratamiento a realizar y conozco y entiendo el proceso que estoy aceptando en bien de la recuperación de mi salud y/o la abstinencia o reducción del consumo.
 - 19.2. La duración y modalidad del tratamiento de resocialización que se realiza en el CAD SAMEIN depende de la severidad de la patología, la condición clínica del paciente y el criterio de los profesionales tratantes. Autorizo desde ya la continuidad de mi atención en los casos en que la misma deba cambiar de modalidad por motivos médicos, sin requerir de la renovación del presente consentimiento, el cual se entiende prestado para todas las actuaciones médicas necesarias para mi tratamiento hasta su culminación.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

20. Los Beneficios previstos de la consulta mediante la modalidad de telesalud para patologías mentales que para garantizar la seguridad del paciente requieren de este modelo son:

- 15.1 Accesibilidad remota a la atención médica, al permitir que un paciente permanezca en su ubicación mientras el médico le proporciona atención médica desde un sitio distante y/o el uso de cualquier tipo de plataforma digital para el desarrollo de cualquier conducta en salud, incluida la orientación y educación, la evaluación y tratamiento médico más eficiente, entre otros.
- 15.2 Obtener la atención de un especialista a distancia.
- 15.3 Obtener su formulación medica, solicitud de exámenes y certificados médicos en formato digital con validez para uso inmediato.
- 15.4 Seguimiento continuo de su condición de salud en la comodidad de su casa.
- 15.5 Disminuye los costos y riesgos de desplazamiento fuera de su cómodo entorno.
- 15.6 Estabilización de los síntomas.
- 15.7 Retorno gradual al entorno familiar, social, laboral y educativo.
- 15.8 Reducción del daño físico y mental.
- 15.9 Prevención del avance de la enfermedad y/o adicción.
- 15.10 Disminución del riesgo de auto y heteroagresión
- 15.11 Recibir educación, orientación y recibir intervenciones tempranas a través de los tamizajes que se realizan al ingreso y durante el programa.
- 15.12 Recibir farmacoterapia y terapias de conducta.

21. He sido informado de otras modalidades alternativas de tratamiento acuerdo con los criterios establecidos por los profesionales tratantes basados en la evidencia científica comúnmente aceptada, de las cuales me podría ver beneficiado:


- 16.1 Según modalidad de intervención: teleconsulta y consulta presencial.
- 16.2 Otras alternativas terapéuticas, previas, simultáneas o posteriores para la corrección de mis necesidades de tratamiento:

- TECAR (si tiene indicación)
- Terapia electromagnética transcraneana
- Hipnosis
- Medicina alternativa
- Otra: _____



Pese a la existencia de los anteriores tratamientos alternativos se me ha sido informado que el tratamiento propuesto para mi estado de salud es el más adecuado conforme a la evidencia científica vigente, aún con los riesgos que este conlleva y que me han sido informados en este documento.

Por tanto, declaro que conozco, comprendo y acepto las condiciones propias del proceso, me comprometo a cumplirlo en su totalidad, así como a mantener el respeto con el personal residente, equipo terapéutico y personal adscrito a la institución.


	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

El presente documento, contenido del consentimiento informado, fue puesto a mi disposición y me fue ratificado antes de dar inicio a la atención correspondiente. He leído y entendido toda la información que me ha sido presentada antes de firmar este consentimiento, así como los deberes y derechos que se encuentran a continuación:

USTED TIENE DERECHO A:

Señor usuario, SAMEIN S.A.S le garantiza a usted y a su familia los siguientes derechos, sin importar su edad, sexo, raza, estrato social o económico, condición de salud, preferencias sexuales, creencias y opiniones políticas o religiosas.

1. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y los beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
2. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud Mental.
3. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
4. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
5. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
6. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
7. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
8. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
9. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
10. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
11. Derecho a recibir el medicamento que requiere siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
12. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
13. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
14. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
15. En caso de hacer parte de la población infantil, conozco que tengo derecho especialmente a (i) la participación e inclusión, (ii) así como derecho a la protección contra el abandono físico, afectivo, la explotación económica, sexual, la pornografía, el secuestro, la trata de personas, la guerra, los conflictos armados internos, el reclutamiento y la utilización por parte de grupos armados al margen de la ley, la tortura, la situación de vida en calle, el desplazamiento forzoso, las peores formas de trabajo infantil y las minas antipersonas, (iii) derecho al desarrollo integral, (iv) a la rehabilitación y a la socialización, (v) a la protección contra toda forma de maltrato o abuso cometidos por cualquier persona, (vi) a

	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EXTERNA POR LA MODALIDAD DE TELESALUD	CODIGO: F -CE -10
		VERSION: 02
		FECHA: ABRIL 2020

la intimidad. Con las limitaciones naturales de mi condición, (vii) a la información, sin perjuicio del suministro de ella al acompañante o persona responsable, por tratarse de un población de especial protección.

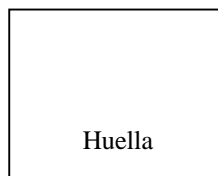
DEBERES DEL USUARIO Y SU ACOMPAÑANTE Y/O RESPONSABLE:

Señor usuario, con el fin de recibir una adecuada y oportuna atención en SAMEIN S.A.S, usted y su familia deben cumplir con las siguientes condiciones:

1. La responsabilidad de cumplir con la normatividad establecida por la institución.
2. De cumplir con las recomendaciones y plan de tratamiento.
3. Dar la información, concreta, completa y exacta relacionado con su salud.
4. Aprobar los tratamientos y/o procedimientos establecidos.
5. Tratar con respeto al personal de la institución, otros pacientes y acompañantes.
6. Manifestar sus sugerencias, quejas y reclamos sobre los servicios ofrecidos.
7. Presentar sus documentos de identificación y cancelar los pagos establecidos.
8. Hacer uso racional de los recursos institucionales.
9. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
10. Contribuir al cuidado del medio ambiente y cumplir con la correcta clasificación de los residuos sólidos hospitalarios.
11. Adoptar las medidas de seguridad dados por el personal médico - asistencial que lo atiende.
12. Asistir a la internación con el ajuar solicitado para el servicio, y con la dotación informada en anexo.
13. Participar en las actividades sicoterapéuticas y pedagógicas que se planteen durante mi estancia, prestando mi colaboración plena para su desarrollo.
14. Así mismo, conozco que mi acompañante o representante asume los deberes propios de su condición, en documento separado.
15. Disponer de los medios digitales y tecnológicos pertinentes para la atención en telesalud.

Firma del paciente y/o acudiente

D.I. _____



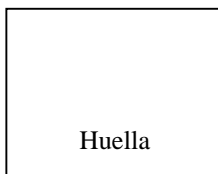
Huella

El envío de mis datos para la atención en telesalud, implica la expresa aceptación al presente consentimiento.

Firma del acudiente responsable o representante

C.C. _____

Nombre del acompañante



Huella

Nombre de médico y/o personal de salud tratante _____ -

Firma del médico y/o personal de salud tratante _____

Nombre de testigo _____

Firma y cedula de testigo _____