



## CONSENTIMIENTO PARA ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha de consulta			
D	M	A	
Nombre completo			Tipo y Número de identificación
			No.
Es usted el responsable de Menor o adulto Mayor que requiere consulta			
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/>			
Lugar y fecha de expedición de documento		Dirección	
	D	M	A
Teléfono y celular	EPS	Fondo de pensiones	Correo electrónico (obligatorio)

En desarrollo del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, autorizó de forma expresa, consciente y permanente a la Administradora de Riesgos Laborales **BOLÍVAR**, para que solicite, tenga acceso y pueda revisar mi historia clínica emitida por cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud, Empresa Social del Estado, Centro Hospitalario de urgencias, EPS, así como por cualquier médico que haya diligenciado mi historia clínica y anexos, tales como ayudas diagnósticas, registros fotográficos y filmicos. Así mismo, autorizo a las IPS a que permitan el acceso y suministren copia de mi historia clínica a la Administradora de Riesgos Laborales de la Compañía de Seguros Bolívar, en el evento en que ésta ARL la requiera. De igual manera, autorizo el registro fotográfico o filmico del estado en que se encuentra el cuadro orgánico y funcional que me aqueja, posterior al accidente o enfermedad, con el objetivo de evidenciar su mejoría o deterioro, sirviendo esto de base para la toma de conductas médicas y jurídicas a que dé lugar, así como autorizo también el registro fotográfico, o filmico de las condiciones del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada. Estas autorizaciones se imparten para que la Administradora de Riesgos Profesionales de la Compañía de Seguros Bolívar, pueda realizar los procesos de auditoría médica, seguimiento, calificación de origen y de pérdida de capacidad laboral ajustada a la realidad del cuadro clínico presentado por el trabajador, recobros a las Entidades Promotoras de Salud, aseguradoras y se aporte como prueba de procesos judiciales entre otros.

Por otra parte me informaron que la Telesalud/Telemedicina (sincrónica) se define como el conjunto de actividades relacionadas con el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a distancia, las cuales se llevan a cabo con la ayuda de las tecnologías de la Información y telecomunicaciones en Salud -TICs- que permiten una comunicación virtual, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicio (Ley 1419/2010, Art. 2). El alcance de esta modalidad abarca la promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación y paliación de los pacientes. (Res. 2654/2019).

Beneficios: evita el desplazamiento del paciente o del médico, permite una evaluación y gestión médica y sanitaria eficiente, diagnóstico y tratamiento temprano.

Teniendo en cuenta que durante la consulta efectuada a través de medios virtuales no es posible realizar exámenes físicos; es su responsabilidad como Paciente brindar al Profesional de la Salud sus datos personales completos, así como información actual y veraz acerca de su estado de salud, con el fin de lograr el objetivo de la consulta.

Tal como ocurre con procedimientos médicos, puede haber potenciales riesgos asociados con el uso de La Telesalud/Telemedicina entre los que están: La información enviada puede no ser suficiente para dar lugar a una consulta concluyente por parte del especialista, la comunicación podrían tener retraso debido a deficiencias o fallas técnicas y en casos excepcionales, a pesar de las medidas tomadas por el Profesional de la Salud y el prestador de la plataforma tecnológica utilizada, los protocolos de seguridad podrían fallar. Los datos suministrados serán tratados conforme a la normatividad vigente, en total privacidad y confidencialidad. En su condición de paciente Usted tiene derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Telesalud/Telemedicina, y puede recibir copias de esta información. En caso de emergencia, por fallas tecnológicas incluidas las de comunicación, es responsabilidad del Profesional de la Salud comunicarse con Usted, y en caso que estas fallas impidan la continuidad de la consulta tal situación será registrada en la Historia Clínica. Entiendo que tengo el derecho de revocar en cualquier momento este consentimiento en el transcurso de la atención, así mismo el profesional de la Salud podrá interrumpir la consulta en caso de requerir atención médica presencial. Teniendo en cuenta lo anterior, a nombre propio o en representación de mi hijo/a o adulto mayor, he sido debidamente informado y entiendo lo anteriormente descrito en relación con la prestación de los servicios la modalidad Telesalud/Telemedicina (sincrónica) y todas mis preguntas han sido resueltas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telesalud/Telemedicina en los procesos de atención por parte del Profesional de la Salud. des Promotoras de Salud, aseguradoras y se aporte como prueba de procesos judiciales entre otros.

## Firma

Firma de Trabajador

Cédula

Firma persona responsable en caso de que el trabajador no pueda firmar.

Cédula