



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
ATENCIÓN POR TELEMEDICINA,
TELEMONITOREO, TELEORIENTACION**

F – CIM - 03

Nombre paciente _____ Identificación _____

He sido informado que las modalidades de TELEMEDICINA, TELEMONITOREO Y TELEORIENTACIÓN, no se requiere mi presencia física en la sede y que el Profesional de CLINICA DE DIABETES, se comunicará conmigo por videoconferencia o seguimiento telefónico para hacer el proceso de atención que necesito por lo tanto autorizo dicha modalidad para mi atención. He sido informado que en caso de emergencia debo recurrir a los servicios de URGENCIAS.

Para la atención en CLINICA DE DIABETES (EMDEC SAS) autorizo que se me envíe mensaje de Texto al número celular o al Correo electrónico suministrado con la invitación a una Reunión por ZOOM. En la invitación encontrarán un link de acceso el cual debemos mantener hasta el día de la cita y que ZOOM es un programa licenciado que no descarga ningún virus

Antes de la cita me comprometo enviar a la CLINICA INTEGRAL DE DIABETES (EMDEC SAS) los exámenes previos que me haya realizado, los monitoreos, la copia de la consignación a la Cuenta Corriente 34486741331 y este documento denominado CONSENTIMIENTO INFORMADO debidamente diligenciado y firmado al correo electrónico documentos@clidiabetes.com. 30 minutos antes de la de la cita debo iniciar el proceso de instalación de la videoconferencia mediante el link que me ha sido enviado por mensaje de texto o correo electrónico.

Durante teleconferencia, el profesional podrá incluir en la misma otros profesionales de la salud para el apoyo en mi atención.

Cuando se trate de telemonitoreo de los equipos que tengo instalados tales como Bomba de Insulina, monitoreo freestyle, glucómetros, y apps como mydosecoach, la información suministrada será mi responsabilidad, y certifico que he sido capacitado para enviar esta información.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, he comprendido totalmente y acepto las condiciones anteriormente citadas de este formulario de consentimiento, incluidas al almacenamiento y uso de mi información. He tenido la oportunidad de formular preguntas y de recibir respuestas. Reconozco que mi consentimiento es voluntario.

Firma del paciente _____ CC _____

O del representante del menor