

## **Consentimiento informado para atención médica oftalmológica a distancia**

### **1. ¿Qué es la atención médica a distancia (teleconsulta, consulta virtual)?**

Se entiende por "atención médica a distancia" una consulta médica en donde la relación entre el médico y el paciente NO ES PRESENCIAL, (el médico y el paciente no están en el mismo lugar físico como ocurre en consultas tradicionales), es decir que dicha relación se efectúa desde lugares diferentes por medio de dispositivos electrónicos como un teléfono celular; tablet o computadora.

### **2. Ventajas de la atención médica a distancia**

Esta atención médica permite llegar a pacientes que viven en lugares alejados de las clínicas; evita al paciente trasladarse hasta la clínica (importante ahora que hay cuarentena); hay menos personas utilizando los medios de transporte; evita demoras que genera las citas en las consultas tradicionales; facilita la lectura de los resultados de estudios complementarios y los controles periódicos que cada paciente necesite.

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

No todos los motivos de consulta pueden ser resueltos a distancia por consulta virtual. Es el médico quien decidirá si el motivo de la consulta puede ser atendido a distancia, pudiendo de ser necesario y de acuerdo a la evolución de cada paciente, pasar a una atención presencial tradicional en la clínica.

Para que el médico pueda tomar estas decisiones el paciente deberá explicar con toda claridad y precisión el motivo de la consulta virtual. El paciente no debe ocultar ningún detalle aunque no lo considere importante.

El médico se basará en el relato del paciente, las preguntas que le hará durante la consulta virtual y las imágenes que el paciente le pueda enviar de sus ojos o de estudios médicos previos.

En la consulta virtual no es posible efectuar el examen físico.

Respecto de las consultas oftalmológicas, el médico oftalmólogo no puede contar con las imágenes del sector anterior del ojo que le ofrece el examen con un aparato denominado lámpara de hendidura. Con este aparato se examina la conjuntiva, la córnea, la cámara anterior del ojo y el cristalino. Tampoco puede efectuar un fondo de ojo para poder examinar la retina y el nervio óptico. No puede tomar la presión ocular ni realizar eversión de los párpados (examinar parte posterior de los párpados).

Estos aspectos limitan la capacidad diagnóstica por parte del médico y pueden generar errores involuntarios y comprensibles. Habrá diagnósticos de certeza pero algunos serán presuntivos y se deberá hacer un seguimiento con nuevas consultas virtuales o pasar a una consulta presencial.

La confidencialidad es la habitual en todo tráfico de datos electrónicos. Se tomarán todas las precauciones posibles para lograr confidencialidad, privacidad y seguridad.

No hay que cometer errores al escribir en el teclado y verificar que el corrector de texto no cambie nuestras palabras.

**4. CONSENTIMIENTO (autorización para efectuar una Consulta Médica Oftalmológica a distancia de forma virtual o teleconsulta oftalmológica):**

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 oftalmológica a distancia (consulta virtual/teleconsulta oftalmológica) a cargo del Dr. \_\_\_\_\_

Me comprometo a seguir todas las instrucciones de mi médico oftalmólogo, a no ocultar información y a cumplir con su indicación de asistir a consulta presencial cuando así lo disponga.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Número de DUI: \_\_\_\_\_

**5. Fotografías y/o videos de la atención médica oftalmológica a distancia de forma virtual o teleconsulta oftalmológica con finalidad técnico científica:**

El paciente 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)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Número de DUI: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_