

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Atención por Telemedicina

Consulta médica especializada por video con Dr. Jorge San José Gómez

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DPI \_\_\_\_\_

Teléfono / WhatsApp \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de la consulta \_\_\_\_\_

### 1. Declaración

Yo, el paciente identificado anteriormente, declaro de manera libre, voluntaria e informada que acepto recibir atención médica en la modalidad de telemedicina (consulta por video) con el Dr. Jorge San José Gómez, en las condiciones que se describen a continuación.

### 2. En qué consiste la consulta por video

Reconozco que la consulta por video es una modalidad de atención médica que se realiza a distancia mediante una videollamada por la plataforma Zoom, en la cual el médico me evaluará, podrá emitir un diagnóstico clínico orientativo, prescribir tratamientos cuando sea apropiado e indicarme los siguientes pasos a seguir en mi atención médica.

### 3. Alcances y limitaciones

Comprendo y acepto que la consulta por video tiene limitaciones inherentes respecto a la consulta presencial, entre ellas:

- No permite la realización de un examen físico directo (tacto rectal, anoscopia, rectosigmoidoscopia, ni otros procedimientos diagnósticos).

- Depende de la calidad de mi conexión a internet, dispositivo y entorno.
- No es adecuada para urgencias médicas ni para condiciones que requieran evaluación inmediata y detallada.
- No permite la prescripción de medicamentos controlados (narcóticos, psicotrópicos ni estupefacientes), conforme a la normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
- Puede requerir, según el criterio del médico, una consulta presencial complementaria para confirmar el diagnóstico o realizar procedimientos.

Reconozco que si el Dr. San José determina, por el bien de mi salud, que requiero una evaluación presencial, deberé acudir a la clínica para completar mi atención.

#### **4. Alternativas a la consulta por video**

He sido informado de que tengo la alternativa de la consulta presencial en la clínica ubicada en Edificio Zona Médica, Zona 9, Torre 2, 4to Nivel, Oficina 431, Ciudad de Guatemala. Elijo la consulta por video de manera voluntaria, por motivos de conveniencia personal, ubicación geográfica, salud o cualquier otra razón propia.

#### **5. Confidencialidad y protección de datos**

Comprendo que toda la información médica que comparta durante la consulta por video estará protegida por el secreto profesional médico, conforme al Código de Salud de Guatemala (Decreto 90-97), al Código de Deontología Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, y a la Política de Privacidad publicada en [colonrectalcenter.org/politica-de-privacidad](http://colonrectalcenter.org/politica-de-privacidad).

Acepto que la consulta se realizará a través de la plataforma Zoom, la cual cumple con estándares internacionales de seguridad y encriptación. Reconozco que ningún sistema de transmisión por internet es 100% seguro.

#### **6. Grabación de la consulta**

Comprendo que la videoconsulta no será grabada a menos que yo lo autorice expresamente por escrito y por motivos médicos o académicos justificados.

#### **7. Recetas médicas digitales**

Acepto que, cuando el médico lo considere clínicamente apropiado, podrá emitir recetas médicas en formato digital (PDF), firmadas y selladas, que se me enviarán por correo electrónico

el mismo día de la consulta. Estas recetas son válidas para ser presentadas en farmacias de Guatemala. Acepto no compartir mis recetas con terceros.

## 8. Mis responsabilidades como paciente

Me comprometo a:

- Proporcionar información médica veraz, completa y actualizada al Dr. San José.
- Tener una conexión a internet estable y un dispositivo con cámara y micrófono funcionando.
- Estar en un lugar privado y bien iluminado durante la consulta.
- Seguir las indicaciones médicas recibidas.
- Acudir a consulta presencial cuando el médico me lo indique.
- Buscar atención médica de urgencia si mis síntomas se agravan.
- Cancelar el pago de la consulta antes de la cita conforme a lo acordado.
- Cumplir con la política de cancelación informada por la clínica.

## 9. Riesgos y consecuencias posibles

Reconozco que la consulta por video conlleva algunos riesgos inherentes, como: posibles fallas técnicas que interrumpan la consulta, limitaciones en la evaluación clínica al no haber examen físico directo, y la posibilidad de que se requieran estudios adicionales o consulta presencial para llegar a un diagnóstico definitivo. He sido informado de estos riesgos y los acepto voluntariamente.

## 10. Derecho a revocar este consentimiento

Comprendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, antes o durante la consulta, sin que ello afecte mi derecho a recibir atención médica presencial futura. Para revocar el consentimiento, basta con comunicarlo al médico o al personal de la clínica.

## 11. Preguntas y aclaraciones

He tenido la oportunidad de leer este documento con detenimiento, hacer preguntas y recibir respuestas claras a todas mis dudas sobre la consulta por video. Comprendo todo lo que se me ha explicado.

## 12. Declaración final y firma

Habiendo leído y comprendido este Consentimiento Informado en su totalidad, acepto voluntariamente recibir atención médica por video con el Dr. Jorge San José Gómez en el Colon & Rectal Center, bajo las condiciones aquí descritas.

FIRMA DEL PACIENTE

-----

Nombre: -----

DPI: -----

Fecha: -----

FIRMA DEL MÉDICO

-----

**Dr. Jorge San José Gómez**

Colegiado activo No. 9,135

Fecha: -----

### Para pacientes menores de 18 años

En caso de que el paciente sea menor de edad, este consentimiento debe ser firmado por su padre, madre o tutor legal:

Nombre del  
padre/madre/tutor

-----

DPI

-----

Parentesco con el paciente

-----

Firma

-----