



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA MEDIANTE TELEMEDICINA

*Se me ha informado y he comprendido que la telemedicina en veterinaria se define como como el suministro de servicios de atención sanitaria cargo de profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y accidentes, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de los pacientes y de las comunidades en que viven, en los que la distancia constituye un factor crítico. Se me informó que implica el uso de una herramienta para intercambio electrónico de información sobre el estado de salud de un paciente veterinario y el uso de la tecnología para comunicarse con un cliente y observar visualmente al paciente durante el seguimiento post-tratamiento. Entiendo que la consulta veterinaria mediante telemedicina, utilizando medios audiovisuales, teleconferencia, videos, fotografías, audios, no equipara la consulta veterinaria presencial ya que no será posible realizar un examen más allá de lo observable.*

*La/el profesional .....matrícula profesional número.....expedida por el Colegio/Consejo.....de la República Argentina podrá valerse de todo lo que observe en el paciente....., especie....., sexo....., edad, de los antecedentes que me haya solicitado por ésta u otra vía, métodos complementarios que yo presente y de las maniobras que me sean solicitadas con el fin de observar lesiones, posturas, trastornos en la marcha, equilibrio, entre otros signos. Comprendo que, mediante la modalidad de telemedicina, todo lo relacionado con el examen físico se verá limitado y hasta podría verse alterado como en el caso de coloraciones de mucosas, piel, conjuntivas; y las maniobras que se me soliciten también podrían verse limitadas.*

*Para una mejor evaluación del paciente, la/el profesional podrá dejar registrada por diferentes medios visuales/audiovisuales la entrevista resguardando confidencialidad y datos personales según ley 25.326 de Protección de Datos Personales comprendiendo y aceptando que, ante la sospecha o confirmación de las enfermedades infecciosas incluidas en la Ley 15.465 – (Enfermedades de denuncia obligatoria), la o el profesional se verá obligado a notificar el caso ante la autoridad sanitaria correspondiente.*

*Se me ha informado y he aceptado que no podré registrar para su divulgación pública el contenido de la entrevista de forma parcial o completa y que la presente autorización podrá ser revocada en cualquier momento*



CÓDIGO QR SI EXISTIERA EN EL COLEGIO O CONSEJO

Nombre y apellido:..... Firma:.....DNI:.....

Ciudad.....Provincia.....Fecha:.....

