

CONSULTA TELEMEDICINA

PRESTADOR: Asociación de Clínicas de Neuquén (3-164393)

FILIAL: Comahue

FECHA VIGENCIA: 04/2020

PRÁCTICA A ADDENDAR 7/426001:

-Vigencia: Durante decreto 297/2020.

-Tope: 2 (Dos) Consultas Mensuales.

-Valor: \$650,00.-

Normativa presentación:

Requisito indispensable, enviar transacción por sistema de validación de práctica y elegibilidad (TRADITUM) junto con consentimiento informado (ANEXO I).

En prueba de conformidad se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de NEUQUEN a los 01 días del mes de ABRIL Del 2020.

Dr. Fernando Coppelillo
Gerente Prestaciones Médicas

CONSULTA TELEMEDICINA ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo,, he sido informado por el profesional.....sobre la posibilidad de acceder a una consulta a través de un canal a distancia informal (por ejemplo, llamada de whatsapp o telefónica). Me ha sido explicado, que, en cumplimiento del Decreto de Aislamiento social obligatorio, en el marco de la emergencia sanitaria decretada a partir de la pandemia por Coronavirus, se ha desaconsejado, durante el período de cuarentena establecido por el Estado, la atención médica ambulatoria.

Por este motivo, de manera excepcional, me ofrecen realizar una consulta por la vía mencionada, comprendiendo los potenciales riesgos de este proceso, dado que, si bien los profesionales se comprometen en lo personal a garantizar la confidencialidad de la consulta y a realizarla en un ambiente seguro, el canal de comunicación será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo de la telemedicina. **Por otra parte, la consulta remota comporta el riesgo de que la información recibida no resulte suficiente para dar lugar a un diagnóstico concluyente por parte del profesional, debido a** las limitaciones derivadas de la ausencia de contacto personal y de la posibilidad de revisión clínica. Esta opción es ofrecida con el objetivo de tener una continuidad en mi atención mientras dure el período de aislamiento obligatorio.

Luego de las explicaciones brindadas, acepto realizar la consulta por la vía remota ofrecida por el profesional

Firma:

Aclaración:

DNI

Modalidad de uso:

Para la adhesión a la modalidad asistencial el profesional tratante debe enviar al paciente una foto del consentimiento completo, quien le responde la aceptación indicando nombre, apellido y DNI por el medio de comunicación seleccionado.