



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ATENCIÓN DE TELE-MEDICINA

### SERVICIO DE SALUD MENTAL

Fecha:

Yo,....., he sido informado por el profesional.....sobre la posibilidad de acceder a una sesión de psicología/psiquiatría a través de un canal a distancia informal (por ejemplo: llamada de video-whatsapp o Skype)

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 suspendido, durante el período de cuarentena establecido por el Estado, la atención ambulatoria de psicología/psiquiatría.

Por este motivo, de manera excepcional, me ofrecen realizar una o más consultas por la vía mencionada.

Si bien los profesionales se comprometen en lo personal a garantizar la confidencialidad de la consulta y a realizarla en un ambiente seguro, me hacen saber que el canal de comunicación será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo y seguridad de la telemedicina. 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, y me comprometo a guardar las máximas condiciones de confidencialidad y seguridad en mi entorno para un óptimo desenvolvimiento de la sesión programada.

Firma:

Aclaración:

DNI