

La consulta urológica virtual por Zoom es una alternativa moderna y conveniente para recibir atención médica especializada en urología desde la comodidad de tu hogar u otro lugar de tu elección. Durante esta consulta en línea, el doctor Pablo Casimiro Mateo Santos brindará sus servicios medicos relacionados con tu salud urológica.

Esta consulta en línea tiene como objetivo determinar la viabilidad de ciertos procedimientos médicos y no debe considerarse como un diagnóstico médico primario. La información proporcionada en esta consulta virtual está destinada a evaluar la posibilidad de procedimientos médicos específicos y se recomienda discutirla con su médico de cabecera.

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad/pasaporte número \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, domiciliado/a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, teléfono de contacto \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_, por este medio otorgo mi consentimiento informado para participar en una consulta médica en línea con el doctor Pablo Casimiro Mateo Santos, en el marco de los servicios proporcionados de forma virtual por la plataforma de Zoom.

Entiendo y acepto los siguientes términos y condiciones:

### **DE LA CONSULTA EN FORMATO VIRTUAL**

**Descripción de la Consulta:** Entiendo que esta consulta se llevará a cabo a través de la plataforma de Zoom por un tiempo determinado de 25 minutos.

**Espacio Cerrado y Privado:** Reconozco que es mi responsabilidad participar en la consulta virtual en un espacio cerrado y privado, con el fin de garantizar mi confidencialidad y proteger la privacidad de mis datos médicos.

**Última Versión de Zoom:** Comprendo que es esencial contar con la última versión actualizada de la aplicación Zoom instalada en mi dispositivo para asegurar una experiencia óptima y funcional durante la consulta.

**Silencio Total:** Acepto mantener un ambiente de silencio total durante la duración de la consulta virtual para facilitar la comunicación fluida y la comprensión entre mí y el profesional de la salud.

**No se Permiten Invitados:** Entiendo que no se permite la participación de invitados o terceros en la llamada de Zoom, con el fin de asegurar la confidencialidad de la información médica y mantener el enfoque en la consulta médica.

**Conexión Estable de Internet:** Reconozco que es mi responsabilidad contar con una conexión estable y adecuada a internet para evitar interrupciones en la llamada y asegurar una comunicación clara.

**Recomendación de Utilizar un Desktop:** Entiendo que se recomienda el uso de una computadora de escritorio (desktop) en lugar de dispositivos móviles o tabletas para garantizar una pantalla amplia y una experiencia visual óptima durante la consulta virtual.

**Responsabilidad Técnica del Paciente:** Reconozco que es mi responsabilidad asegurarme de contar con los recursos técnicos necesarios para llevar a cabo la consulta en línea, como una conexión a internet estable y equipo adecuado.

## DE LA ENTREGA DE RESULTADOS

**Calidad de los Resultados:** Reconozco y entiendo que la calidad de los resultados de análisis y estudios médicos proporcionados en alta resolución es esencial para una interpretación precisa por parte del doctor.

**Formatos de Fácil Lectura y Entendimiento:** Acepto que proporcionaré los resultados en formatos que sean legibles y de fácil comprensión para el profesional de la salud. Estos formatos deben permitir una evaluación eficiente y precisa de la información.

**Relevancia de la Información:** Comprendo que los resultados de análisis y estudios médicos son fundamentales para la determinación del tratamiento adecuado. Proporcionar información de calidad ayudará a obtener recomendaciones médicas más precisas.

**Exactitud y Autenticidad:** Afirmo que los resultados proporcionados son exactos y auténticos, y que no han sido manipulados o alterados de ninguna manera que pueda afectar su interpretación.

**Colaboración Activa:** Reconozco que mi colaboración activa en la entrega de resultados de análisis y estudios médicos en alta resolución es esencial para una atención médica efectiva y segura.

## DE LA CONFIDENCIALIDAD

**Confidencialidad de la Información Médica:** Entiendo y reconozco que toda la información médica, incluyendo síntomas, historial clínico, diagnósticos, tratamientos y cualquier otro dato relevante compartido durante la consulta, será tratada con la más estricta confidencialidad.

**Estudios y Resultados de Análisis:** Comprendo que cualquier estudio médico, análisis de laboratorio u otro tipo de resultado de pruebas que yo proporcione al profesional de la salud será considerado confidencial y se utilizará únicamente con fines de diagnóstico y tratamiento.

**No Divulgación a Terceros:** Acepto que la información médica y los resultados de los análisis no serán divulgados a terceros sin mi consentimiento explícito, excepto en los casos en que la ley lo exija o se requiera para mi atención médica adecuada.

**Comunicación Segura:** Entiendo que la comunicación de información médica durante la consulta se realizará a través de medios seguros y confiables, con el objetivo de prevenir cualquier acceso no autorizado a los datos.

**Historial Electrónico:** Reconozco que mi historial médico electrónico se mantendrá en un entorno seguro y protegido, cumpliendo con las regulaciones pertinentes en materia de privacidad y confidencialidad.

## RIESGOS Y BENEFICIOS

He sido informado de los riesgos y beneficios asociados con una consulta médica en línea por el equipo de trabajo del doctor Pablo Casimiro Mateo Santos a través de la plataforma Zoom. Yo acepto y comprendo lo siguiente:

### RIESGOS:

**Limitaciones en la Evaluación Física:** Reconozco que una consulta en línea puede tener limitaciones en la evaluación de síntomas y signos físicos que podrían ser mejor evaluados en una consulta presencial.

**Problemas Técnicos:** Comprendo que problemas técnicos, como la pérdida de conexión a internet o problemas en la plataforma, podrían interrumpir o afectar la calidad de la consulta en línea.

**Comunicación Limitada:** Entiendo que la comunicación en línea puede llevar a malentendidos debido a la falta de lenguaje corporal completo y expresiones faciales que son observables en una consulta presencial.

### BENEFICIOS:

**Accesibilidad y Comodidad:** Reconozco que una consulta en línea ofrece la ventaja de la accesibilidad y la comodidad, ya que puedo recibir atención médica desde mi propio entorno y evitar desplazamientos.

**Prevención de la Exposición:** Comprendo que una consulta en línea puede ser una opción preferible para evitar la exposición a enfermedades contagiosas, como en el caso de pandemias o brotes.

**Ahorro de Tiempo:** Entiendo que una consulta en línea puede ahorrarme tiempo al evitar esperas en clínicas u hospitales.

## DE LA CITA, PAGO Y REEMBOLSO

**Alternativas:** Soy consciente de que existen alternativas a la consulta en línea, como una visita presencial a una clínica u hospital.

**Pago de la Consulta:** Entiendo y acepto que el pago total del 100% de la consulta médica en línea debe ser efectuado al momento de agendar la cita. Sin este pago, la consulta no será confirmada ni agendada.

**Consulta por sesión:** El costo de esta consulta en línea es por sesión y cubre un período de tiempo máximo de 25 minutos. Para programar una consulta adicional, el paciente deberá realizar un nuevo pago del monto determinado por sesión. Cada cita se factura de forma individual.

**Cancelación y No Reembolso:** Reconozco y acepto que en caso de perder la cita médica en línea, no tendré derecho a ningún reembolso del dinero pagado. Los pagos realizados no son reembolsables.

**Fallas Técnicas:** Entiendo y acepto que, en caso de que mis dispositivos incurran en fallas técnicas que impidan o interrumpan la consulta en línea, no tendré derecho a ningún reembolso del dinero pagado ni se me otorgará automáticamente una nueva cita.

**Cambio de Cita:** Entiendo que si deseo cambiar la fecha y hora de mi cita médica en línea, debo notificar este cambio con al menos 72 horas de antelación a la cita original. Si cumpla con este requisito, podrá recibir una nueva cita sujeta a la disponibilidad del profesional de la salud.

**Reemplazo de Cita:** Reconozco que en caso de notificar el cambio con 72 horas de antelación y si existe disponibilidad, se me ofrecerá una nueva cita. Sin embargo, no se garantiza la disponibilidad inmediata y el reemplazo de la cita dependerá de la agenda del profesional de la salud.

## INFORMACIÓN

**Derecho a la Información:** Reconozco y entiendo que tengo el derecho a recibir información completa, veraz y comprensible sobre los tratamientos propuestos, alternativas y posibles riesgos asociados.

**Explicación Detallada:** Acepto que el doctor me proporcionará explicaciones detalladas sobre los procedimientos médicos recomendados y las opciones de tratamiento disponible durante el tiempo de la sesión.

**Consentimiento Voluntario:** Afirmando que mi participación en esta consulta en línea es voluntaria y que estoy otorgando mi consentimiento después de haber entendido todos los términos y condiciones mencionados anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del Médico o Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_