

CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEORIENTACIÓN DE OFTALMOLOGÍA Y UVEÍTIS (CONTINGENCIA COVID-19)

Considerando que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante resolución 385 de 2020 declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, y que en el marco de esa contingencia es deber adoptar una cultura de prevención y de minimización del riesgo, la Dra Diana Pachón, con fundamento en lo previsto en el artículo 10 de la resolución 2654 de 2019, ha puesto a su disposición el servicio de teleorientación, con el fin de proporcionar información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esto debido a que como paciente solicito de forma libre, voluntaria y consciente, me indiquen cómo seguir mi tratamiento médico en estos momentos que no es posible desplazarme a citas de consulta externa.

Yo _____ identificado(a) con cédula número _____ de _____ entiendo se me está ofreciendo realizar una teleorientación, que no reemplaza en su totalidad una consulta presencial, pero es una ayuda que la Dra. Diana Pachón me está ofreciendo para dar continuidad al tratamiento iniciado anteriormente.

Entiendo que la Dra. Pachón realizará una videoconferencia o llamada interactiva a distancia, en la cual se intercambiará información sobre mi estado de salud. La Doctora me preguntará sobre mis síntomas oculares actuales, me revisará los exámenes que tenga pendientes los cuales haré llegar previamente a la doctora y según la mejor información disponible me indicará el tratamiento que debo seguir. Sin embargo, en caso que por la complejidad de mi caso no sea posible recibir las indicaciones de mi tratamiento porque se requiere un examen médico adicional, podré continuar mi tratamiento sin cambios y asistir a urgencias si noto empeoramiento de mis molestias oculares.

Reconozco que en desarrollo de la atención se pueden generar los siguientes documentos: 1) Historia clínica 2) Imágenes diagnósticas 3) Grabaciones de audio y video 4) Ingreso y salida de datos desde dispositivos médicos y archivos de sonido. Los mismos gozan de reserva legal y serán guardados y custodiados por el prestador del servicio de salud, de conformidad con la normatividad vigente en especial la Resolución 1995 de 1998.

Es de mi conocimiento que el tratamiento que me indique la Dra. Pachón puede ser parcial, al no disponer de las herramientas usuales de la consulta presencial. Comprendo que los comentarios y sugerencias realizados por la Dra. Pachón a través de teleorientación, pueden ser limitados ya que no es posible realizar el examen oftalmológico usual. Así que existen riesgos a nivel ocular, incluyendo una mejoría parcial de mis molestias oculares o incluso un empeoramiento de las mismas.

Es claro para mí que los medicamentos oculares que uso me pueden generar: infecciones, aumento de la presión de mi ojo, pérdida de visión periférica, catarata, glaucoma y otros efectos inherentes al medicamento. De ese mismo modo, entiendo los tratamientos tomados para mi enfermedad ocular me pueden generar entre otros efectos: aumento de la presión arterial, aumento del azúcar en mi sangre, predisposición a infecciones, retraso en la cicatrización de heridas, alteraciones estomacales, de mis riñones o hígado, así como de cualquier parte de mi cuerpo.

Comprendo que la teleorientación tiene como ventajas: Reducción de las desigualdades en la población para tener acceso a los servicios de salud, independientemente de la localización geográfica; Diagnósticos y tratamiento rápidos y oportunos; Reducción del número de exámenes duplicados; Evitar traslados para consultar al médico especialista; Reducción de factores como la distancia, el tiempo y los costos; Nuevas posibilidades de efectuar interconsultas con especialistas; Evitar demoras que generan la solicitud de turnos de atención para la atención tradicional; Facilitar la lectura de los resultados de los estudios complementarios (análisis, estudios de imágenes, etc) y los controles que requiera el paciente; Las plataformas tecnológicas que se utilizan garantizan la privacidad (confidencialidad) de la consulta; La consulta queda registrada en la historia clínica del paciente.

Así mismo existen limitaciones de la teleorientación, tales como: No todos los motivos de consulta pueden ser resueltos a distancia por teleconsulta; Es el médico quien decidirá si el paciente requiere ser evaluado presencialmente; Para que el médico pueda tomar estas decisiones el paciente deberá explicar al médico con

toda claridad y precisión el motivo que lo llevó a realizar la teleconsulta. El paciente no debe ocultar ningún detalle, aunque no le parezca importante; El médico se basará en el relato del paciente, las preguntas que hará y las imágenes

que el paciente pueda enviar de sus ojos o de estudios previos; No es posible efectuar el examen físico convencional (auscultar, palpar, inspeccionar); El médico oftalmólogo no puede contar con las imágenes del sector anterior del ojo que le ofrece el examen con un aparato denominado lámpara de hendidura. Con este aparato se examina la conjuntiva, la córnea, la cámara anterior del ojo y el cristalino (lente interna del ojo que cuando se opacifica llamamos catarata). Tampoco puede efectuar un fondo de ojo para poder examinar la retina y el nervio

óptico. No puede tomar la presión ocular ni realizar eversión de los párpados (examinar la parte posterior de los párpados). Estos aspectos limitan la capacidad diagnóstica por parte del médico y pueden generar errores involuntarios y comprensibles. Habrá diagnósticos de certeza pero algunos serán presuntivos y se deberá hacer un seguimiento con nuevas teleconsultas o pasar a una consulta presencial tradicional; No hay que cometer errores de digitación al escribir en el teclado y verificar que el corrector de texto no cambie nuestras palabras.

Sé que es posible que mi condición médica puede ameritar un examen médico presencial o exámenes de laboratorio, adicionales a la teleorientación de la Dra. Pachón. Si decido voluntariamente asistir a una consulta médica presencial prioritaria o a toma de exámenes a través de mi seguro médico, comprendo que existen riesgos de salud debido a que estamos en época de alto riesgo de contagio por COVID-19. Por tal razón me comprometo a asistir con las medidas de protección personal necesarias para disminuir tal riesgo.

He comprendido todo lo que se me ha informado, por lo que autorizo se realice la teleorientación de oftalmología y uveítis. Además, me comprometo a seguir todas las instrucciones que me indica el profesional, a no ocultar información y a cumplir con su indicación de asistir a una consulta presencial tradicional cuando el profesional así lo disponga.

Fecha: _____ Firma del paciente: _____ Nombre del paciente: _____

Fotografías y/o videos de la Teleoftalmología con finalidad científico-técnica:

El paciente SI___ NO__ AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos preservando su identidad. (Rodear con un círculo la opción elegida).