

GASTRODIAGNÓSTICOS IPS S.A.S



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA MÉDICA MODALIDAD TELEMEDICINA

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ TELEFONO: _____
E-MAIL: _____

Atendiendo a los lineamientos establecidos por las autoridades nacionales, Departamentales y distritales de salud, **con Motivo de la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID 19**, y con el objetivo de salvaguardar el bienestar tanto de usted como de su familia y teniendo en cuenta que usted se encuentra en seguimiento por el servicio de Gastroenterología, nos permitimos informarle que **GASTRODIAGNOSTICOS IPS SAS** ha implementado modelos de atención **NO PRESENCIALES**, como es la consulta a través del modelo de **TELEMEDICINA/TELEORIENTACION** en salud. De este modo le evitaremos desplazamientos a nuestras instalaciones disminuyendo el riesgo de contagio con **COVID- 19**. El alcance de esta consulta al no contar con examen físico tiene limitaciones, por lo cual dependemos en su totalidad de su buena Fe, veracidad e información completa suministrada por usted a el médico que le atenderá.

Señor(a), una vez recibida esta información, ¿acepta usted de forma libre, espontánea y voluntaria recibir esta consulta médica a través del modelo de **TELEMEDICINA/ TELEORIENTACION** en salud?:

1. **Acepto:** SI () NO ()

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA