



Consentimiento Informado Consejo Médico Oftalmológico Teleasistido

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Este Documento cumple con los requisitos relativos al Código de Deontología Médica vigente, así como el de la edición provisional del nuevo CDM del 2018, el Código de Ética de la Sociedad Española de Oftalmología, así como en lo relativo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¿Qué es el Consejo Médico Teleasistido?: Comunicación entre un médico y un paciente por medio de una llamada telefónica, videoconferencia o sistemas de mensajería, a fin de proporcionar atención médica **no presencial**. Por sus características particulares no puede sustituir a una consulta médica presencial.

Peculiaridades específicas del Consejo Oftalmológico Teleasistido: El médico oftalmólogo no podrá disponer de las imágenes del segmento anterior y fondo de ojo ni podrá tomar la presión intraocular. Las únicas imágenes que podrá analizar en esta situación son aquellas obtenidas a partir de fotografías del ojo que el paciente pueda remitirle de sí mismo. Dichas imágenes pueden estar sujetas a importantes limitaciones de identidad, temporalidad y calidad técnica. Todas estas circunstancias limitarán la eficacia diagnóstica y consecutivamente la oportunidad de un tratamiento y pronóstico acertados, de forma que puedan provocar errores involuntarios.

Consentimiento (autorización del paciente o responsable legal para efectuar el Consejo Médico Teleasistido):

D./Dª _____ con DNI nº: _____, pongo de manifiesto lo siguiente:

Que he recibido este documento de consentimiento informado por escrito tras mi solicitud de consulta telemática con tiempo suficiente, he comprendido perfectamente todo lo anterior y habiendo sido aclaradas de forma satisfactoria todas mis dudas, mi firma al pie de este documento certifica que **doy voluntariamente mi consentimiento** para que se me proporcione el Consejo Oftalmológico Tele-asistido por el Dr./Dra. _____; n° colegiado _____

Que **explicaré con la máxima claridad y precisión** los síntomas y molestias que presento sin ocultar detalle alguno, por insignificante que pueda parecerme.

Que cumpliré con la recomendación de **acudir a la consulta presencial** cuando mis necesidades de salud lo requieran y el médico así lo disponga y me lo indique.

Me han explicado y he entendido que durante la consulta telemática no es posible realizar ninguna exploración oftalmológica, y que el especialista solo se puede guiar por mis declaraciones y/o las imágenes que yo le remita, para intentar alcanzar un diagnóstico de presunción y no forzosamente de certeza, por lo que el margen de error diagnóstico del oftalmólogo es mucho mayor. **Soy plenamente consciente de ello y lo acepto con todas sus consecuencias.**

Aunque se tomarán las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad, secreto y privacidad, comprendo y reconozco que no es posible garantizar la absoluta **seguridad en la comunicación y transferencia de datos electrónicos** para preservar dichos fines.

Cláusula de Protección de Datos Personales (RGPD / LOPDGGD).

Información Básica sobre Protección de Datos.

Responsable del Tratamiento: LASERVISIÓN CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, S.L.

Finalidad del Tratamiento: Gestionar y prestar el servicio de Teleasistencia solicitado por el paciente, realizar el seguimiento asistencial, gestionar su historial clínico y, en caso de haberlo autorizado expresamente, el uso de registros gráficos de datos o audio con fines científicos o docentes garantizando el anonimato.

Legitimación: Ejecución del contrato de prestación de servicios asistenciales (Art. 6.1.b del RGPD) y el cumplimiento de obligaciones legales en el ámbito sanitario (Ley 41/2002). El tratamiento de datos de salud se legitima en la prestación de asistencia sanitaria (Art. 9.2.h del RGPD) y en el consentimiento explícito del paciente.

Destinatarios: No se ceden datos a terceros, salvo obligación legal o a proveedores tecnológicos necesarios para la realización de la teleasistencia (quienes actuarán bajo estrictas medidas de seguridad como encargados del tratamiento). No se realizan transferencias internacionales de datos.

Plazos de Conservación: Los datos de la historia clínica se conservarán durante los plazos legalmente establecidos por la normativa sanitaria aplicable (mínimo de 5 años desde la finalización de cada proceso asistencial).

Derechos: El paciente (o su representante legal) puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición mediante escrito dirigido al domicilio postal del Responsable o al correo electrónico administracion@laservision.es, adjuntando copia de su NIF/NIE. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) si considera que sus derechos han sido vulnerados.

Firma: D.N.I.: Fecha:

En caso de incapacidad del paciente firme un familiar o acompañante.

Nombre, DNI y firma del representante legal (indique parentesco).....