

ANEXO I
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 a través de un canal a distancia informal (por ejemplo, llamada de whatsapp o telefónica).

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.

Por este motivo, de manera excepcional, me ofrecen realizar una consulta 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, el canal de comunicación, será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo 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

Firma:

Aclaración:

DNI