FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VIDEO CONSULTA

Nombre del profesional – Matrícula profesional + logotipo
Dirección, correo electrónico, teléfono celular y/o fijo, página web o redes sociales

Yo, _____ (nombre del paciente) entiendo que mi profesional en Nutrición _____ (nombre del Nutricionista o Licenciado en Nutrición) acuerdo tener una video consulta.

Utilizando una conexión de video interactiva, podré consultar con el profesional en Nutrición mencionado anteriormente sobre mis problemas de salud.

El profesional elegido me explicó cómo se realizará la video consulta y por esta modalidad podremos comunicarnos y trabajar juntos. Utilizaremos la plataforma _____ (nombre de la plataforma).

La Video Consulta incluye: consulta utilizando video, revisión virtual del diario de alimentos, mensajes directamente con el profesional y es posible compartir formularios y documentos en línea.

Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología:

Es posible que la conexión de video no funcione o que deje de funcionar durante la consulta.

La imagen de video o la información transmitida pueden no ser lo suficientemente claras como para ser útiles para la consulta.

Los beneficios de una consulta online son:

-No necesito desplazarme a ningún lugar.

-Tengo acceso a un especialista en nutrición a través de este tipo de consulta.

También entiendo que se tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información obtenida, el secreto profesional.

He leído este documento y entiendo los riesgos y beneficios de la video consulta y me han aclarado las preguntas sobre el procedimiento y por el presente acepto participar en una consulta online en las condiciones descritas en este documento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Aclaración: _____ DNI: _____