



**CONSULTORIO DE ATENCION MEDICA A DISTANCIA.
(TELEMEDICINA).**

**HOJA DE AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO
PARA LA ATENCION MEDICA A DISTANCIA.**

HUIXQUILUCAN, ESTADO DE MEXICO A ____ DE _____ DEL 201__.

HABITACION: _____

Nombre del residente: _____

Declaro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de cualquier presión y que voluntariamente acepto ser consultado por telemedicina por: el Dr. o la Dra.:

Se me explico que para poder llevar a cabo esta consulta médica a distancia me ha consultado previamente de forma personal lo que ya ocurrió si no .

Principales Riesgos:

Se me hizo saber que durante la atención médica a distancia el médico consultante está en otro lugar, no aquí y que no hay ningún riesgo para mi salud por los aparatos médicos utilizados, toda vez que estos han sido autorizados por la autoridad competente.

Para lo cual firmo al calce para constancia y efectos legales a que haya lugar: **NOMBRE Y FIRMA DEL RESIDENTE o FAMILIAR DEL RESIDENTE,** (en caso de que el residente presente deterioro cognitivo o este con juicio de interdiccion):

Tutor nombrado: _____



HUIXQUILUCAN, EDO. MEX. A ____ DE _____ 201__.

Nombre del residente o responsable: _____

Domicilio: _____

Identificación: _____

Parentesco con el residente: _____

Firma del residente o responsable: _____

Nombre del Médico: _____

Domicilio: _____

Identificación Ced. profesional: _____

Firma Médico consultante: _____

Nombre del TESTIGO: _____

Domicilio: _____

Identificación: _____

Parentesco con el residente: _____

Firma del Testigo: _____

AUTORIZO NO AUTORIZO .

Al Dr. o Dra. _____ y a su equipo de salud
a que me realicen la atención médica a distancia.

Nombre y firma del residente o familiar responsable: _____