



Nuevo formulario consentimiento informado

**Consulta Online con profesionales de cartilla**

Como parte del plan de contingencia debido al **COVID 19** se habilitó a los prestadores médicos de cartilla a brindar atención en **especialidades médicas, psicoterapias, psiquiatría,** utilizando **plataformas digitales.**

Para acceder a este servicio el asociado deberá brindar la conformidad a través de un **consentimiento informado** para que en ningún caso, la confidencialidad de la consulta virtual sea responsabilidad de Swiss Medical Medicina Privada.

A continuación les compartimos **el nuevo y único proceso** que permitirá de una manera ágil y sencilla a los prestadores enviar el formulario para que este sea completado por el paciente y genere un código de seguimiento de la consulta realizada.



Después de acordado previamente entre el prestador y el paciente la plataforma a utilizar y el horario de la consulta.



- 1** El prestador deberá enviar antes de iniciar la consulta el **link** o mostrar el código **QR**, para que el paciente pueda acceder al formulario de consentimiento.

<http://swiss-medical.consentimiento-consulta-online.sgizmo.com/s3/>



## 2 El paciente deberá abrir el **link** o escanear el código QR y completar el formulario.



**Al completar sus datos, usted estará aceptando los siguientes términos y condiciones:**

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 médica ambulatoria.

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.

**Es importante que todos los datos estén completos para acceder a la consulta \***

Nombre \*  Apellido \*

Número de documento \*  Correo electrónico \*

Especialidad Médica \*

Profesional:

**Es obligatorio completar el nombre y apellido del profesional \***

Nombre \*  Apellido \*

**Finalizar**

## 3 Al terminar de completar el formulario de consentimiento, se generará **un código**, el cual el paciente deberá pasar al prestador.



¡Muchas gracias!

Podés iniciar tu consulta

Por favor solicitamos brindar al profesional el siguiente número de **ID: 78509**



- 4** Al recibir el código, el cual confirma que el paciente ha completado el formulario el prestador podrá iniciar la **Consulta Online**.

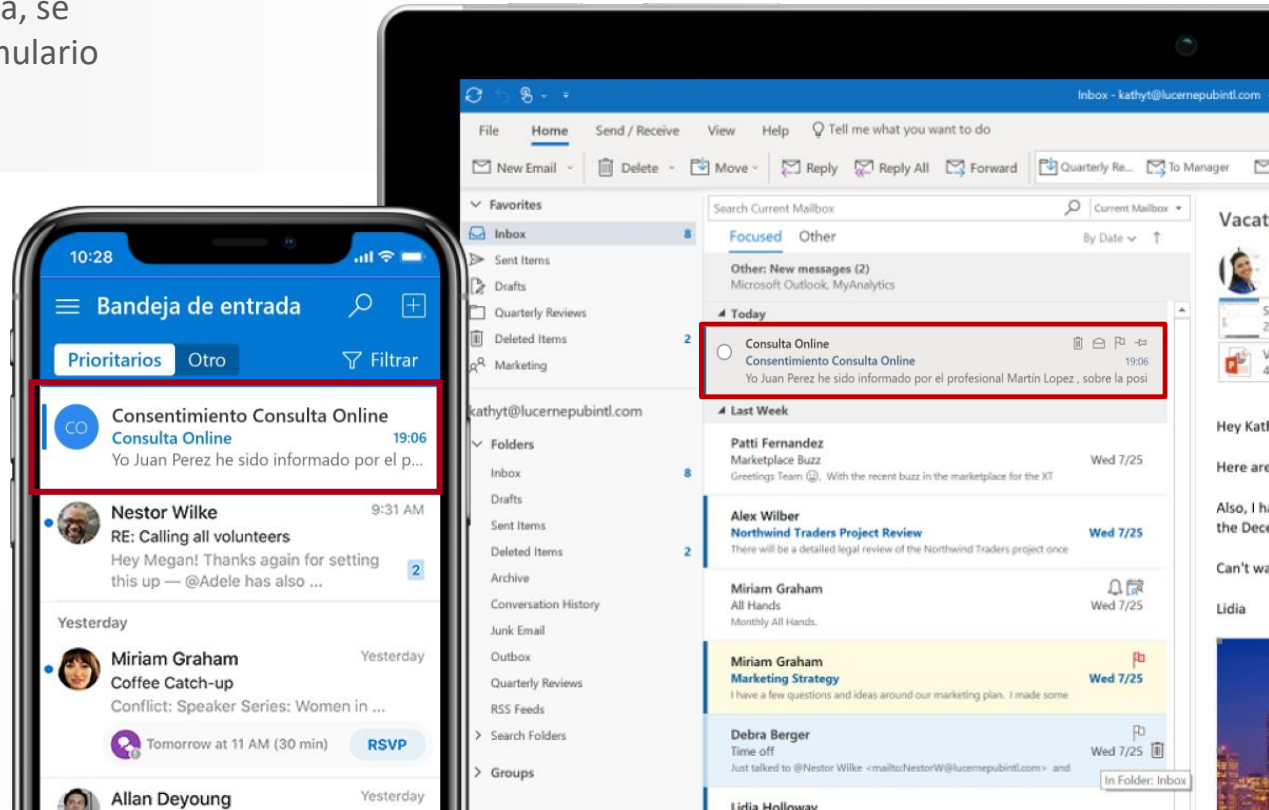


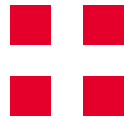
## **Importante**

El prestador deberá guardar el código generado, el nombre completo del paciente y DNI, para poder acreditar la consulta.

# Mail

Mientras el paciente recibe la consulta, se le enviará al mail ingresado en el formulario la constancia del consentimiento.





**SWISS MEDICAL**  
M E D I C I N A P R I V A D A

**¡Muchas gracias!**