

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ELETRÔNICO

Para a história clínica de: \_\_\_\_\_  
(Sobrenome, nome) \_\_\_\_\_  
Data de nascimento

Por meio do presente outorgo meu consentimento à Southwest Community Health Center, Inc, e a seus fornecedores médicos, para receber assessoramento por especialistas através de serviços eletrônicos de consulta. Ao assinar este acordo, eu estou autorizando o envio eletrônico de informação médica do meu filho, a que poderá ser avaliada por um médico ou por algum outro pessoal envolvido na atenção da saúde familiar.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de consultas eletrônicas/telemedicina.  
(Nome do paciente ou pai/tutor)

Essas consultas ajudarão o médico de família a determinar o tratamento indicado. [Nota: As possibilidades de que a informação seja intercepta por pessoas que não tem acesso ao sítio de consultas são mínimas].

Compreendo os potenciais benefícios e riscos deste processo, detalhados a seguir:

Potenciais benefícios:

- Obter direto do consultório médico opinião especializada para o cuidado da saúde.
- Receber, logo, as prescrições de um especialista.

Riscos potenciais:

Do mesmo modo que acontece com procedimentos médicos, podem existir riscos potenciais associados com o uso desta tecnologia. Dentre eles, por exemplo:

- Se a informação enviada não fosse suficiente (Ex.: imagens em baixa qualidade), poderia virar a consulta do especialista pouco categórica.
- A avaliação e o tratamento médico poderiam se atrasar devido a deficiências ou falhas no equipamento.
- Os protocolos de segurança poderiam não dar certo, facilitando a violação da privacidade da informação médica confidencial.
- Não acessar a história clínica completa poderia dar erro no critério médico.
- Não tem garantido que a teleconsulta fará você prescindir da consulta pessoal.

Compreendo que posso retirar meu consentimento e cancelar o processo de consultas eletrônicas a qualquer momento e por qualquer motivo sem consequencia alguma.

Assinatura do paciente (ou pai/tutor): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Selecionar esta caixa se não outorgar seu consentimento para fazer uso dos serviços de consulta eletrônica/telemedicina.

\*O consentimento expira num ano em estabelecimentos principais e em dois anos em Centros de Saúde com Base nas Escolas (SBHCs).