



Salud NuevaMente

Consentimiento Informado para Prestación de Teleconsulta de Salud Mental

I. Marco General y Objeto del Servicio

SALUD NUEVAMENTE, en adelante "El Centro", es una institución prestadora de servicios de salud mental que ofrece **atención psiquiátrica y psicológica** mediante la modalidad de **teleconsulta**, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs).

Objetivo: El servicio está orientado a la provisión de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de usuarios que requieran atención de salud mental o bienestar, a distancia.

Definición de Teleconsulta: La teleconsulta corresponde a una prestación de salud realizada a distancia a través de **videollamada en tiempo real**, permitiendo la interacción sincrónica entre el paciente y el profesional tratante, quienes se encuentran en ubicaciones geográficas distintas.

Consentimiento Informado (Ley N° 20.584): Al firmar este documento, el paciente o su representante legal, según corresponda, declara haber recibido información comprensible y oportuna, y otorga su **consentimiento libre, voluntario e informado** para recibir las prestaciones de teleconsulta, aceptando las condiciones, riesgos y beneficios que se describen a continuación.

Nota sobre Menores de Edad: Para la atención de **menores de 18 años**, este consentimiento deberá ser otorgado obligatoriamente por el titular de la patria potestad o tutor legal, de conformidad con la legislación vigente.

II. Objetivos, Alcance y Limitaciones de la Teleconsulta

A. Propósito Clínico

Los principales objetivos de la teleconsulta son:

- Evaluación de la sintomatología actual y del estado de salud mental.
- Propuesta de diagnóstico clínico y pronóstico (si aplica).
- Establecimiento y ejecución de un plan de tratamiento psicológico o psiquiátrico individualizado.

B. Limitación y Derivación

El paciente reconoce que la teleconsulta posee limitaciones inherentes a la distancia y al medio tecnológico, especialmente para la evaluación de casos de alta complejidad o riesgo.



Salud NuevaMente

- **Criterio de Derivación:** En caso de que el profesional tratante identifique una **condición clínica de mayor gravedad** que requiera una intervención presencial, hospitalización o un nivel de atención superior que El Centro no pueda ofrecer, el paciente y/o su representante legal será **informado y derivado formalmente** a la red de salud o a un prestador de salud mental presencial adecuado.

III. Derechos y Deberes del Paciente

A. Confidencialidad y Uso de la Información

En cumplimiento de la **Ley N° 20.584** y el **Código Sanitario**, El Centro garantiza:

1. **Reserva de la Ficha Clínica:** La información contenida en la ficha clínica electrónica es **estrictamente confidencial**. El profesional tratante mantendrá el **Secreto Profesional**.
2. **Excepciones Legales a la Confidencialidad:** La reserva podrá ser levantada **únicamente** ante las siguientes situaciones:
 - Cuando el paciente lo autorice expresamente.
 - Por disposición legal u **orden judicial competente**.
 - En el caso de **riesgo inminente o grave para la salud del paciente o de terceros**, donde el profesional tiene la obligación de comunicar la información pertinente a quien corresponda para evitar el daño (Deber de Denuncia o Protección).

Intercambio de Información Interno: El paciente autoriza el intercambio de sus antecedentes clínicos entre los profesionales y a todo el personal que integran **SALUD NUEVAMENTE**, con fines de supervisión, interconsulta interna, planificación terapéutica integral, acceso a su ficha clínica y/o a la información contenida en ésta, para la prestación de los servicios médicos, sean directos o indirectos, incluyendo pero no limitado a la atención médica del profesional, la emisión y elaboración de informes y/o recetas médicas, además del agendamiento de citas médicas y cualquier otro a que haya lugar, manteniendo siempre la debida confidencialidad.

B. Fines de Investigación, Docencia o Divulgación

Los datos del paciente podrán ser utilizados con fines de docencia, investigación o publicación científica **solo si se garantiza su completo anonimato** y previa obtención de un **Consentimiento Específico Adicional** por parte del paciente o su representante legal.

C. Compromiso de Continuidad y Frecuencia



Salud NuevaMente

El paciente se compromete a mantener la continuidad y frecuencia de las sesiones establecidas por el profesional, dado que la falta de regularidad afecta negativamente la eficacia del proceso terapéutico.

IV. Políticas de Agendamiento, Cancelación y Cobranza

Para garantizar la calidad y eficiencia del servicio, se establecen las siguientes políticas operacionales:

A. Duración de la Sesión

Cada sesión tiene una duración predeterminada **entre 30 y 60 minutos** (para controles o ingreso, respectivamente), cuya frecuencia será definida por el profesional tratante.

B. Puntualidad y Regla de No Presentación (*No Show*)

- Se requiere máxima puntualidad a la hora acordada.
- **Retraso:** Si el paciente se conecta con un retraso de **5 a 10 minutos**, la sesión se realizará por el tiempo restante, sin extensión posterior.
- **Inasistencia (No Show):** Si el paciente se conecta **posterior a los 10 minutos** de la hora de inicio, o no se presenta, la sesión se considerará como inasistencia. **El paciente no tendrá derecho a la atención ni al reembolso** del costo de la hora, salvo las excepciones indicadas en el punto D.

C. Política de Cancelación (24 Horas)

La cancelación o modificación de una hora agendada debe realizarse con un **mínimo de 24 horas de anticipación**. Este plazo permite la reasignación de la hora a otros pacientes en lista de espera.

D. Justificación y Reagendamiento

1. **Inasistencia por Olvido o Descuido:** No da derecho a reembolso ni reagendamiento.
2. **Fuerza Mayor Acreditada:** En caso de inasistencia por situaciones de **Fuerza Mayor** (ej. emergencias de salud, catástrofes, etc.) que sean debidamente **acreditadas** a través de **contacto@saludnuevamente.cl**, "El Centro" evaluará la posibilidad de un reagendamiento.
3. **Falla del Servicio (El Centro o Profesional):** Si la consulta no puede realizarse por motivos atribuibles a **SALUD NUEVAMENTE** o a la indisponibilidad del profesional,

El Centro se compromete a contactar al paciente en un plazo de **48 horas hábiles** para un reagendamento prioritario, sin costo adicional.

E. Derecho de Interrupción de la Intervención

SALUD NUEVAMENTE se reserva el derecho de dar por **terminada o interrumpida la intervención terapéutica** si existe un incumplimiento reiterado de las políticas de asistencia y puntualidad (puntos B y C), o cuando la falta de compromiso impacte negativamente la evolución clínica del paciente.

Declaración de Aceptación y Firma (Ley N° 20.584)

Declaro haber recibido y comprendido la información relativa a las condiciones, el alcance, las limitaciones y las políticas de confidencialidad y asistencia del servicio de teleconsulta. Entiendo mis derechos y deberes, y **autorizo la prestación de los servicios de salud mental a distancia** por parte de **SALUD NUEVAMENTE**.

Nombre Completo del Paciente / Representante Legal:	RUT (Cédula de Identidad Chilena):
Firma:	Fecha: