

MODELO DE ANEXO DE MEMORIA DE ASISTENCIA SANITARIA MEDIANTE EL USO DE VIDEOCONFERENCIA

CENTRO / CONSULTA	
ESPECIALIDAD	
TITULARIDAD DEL CENTRO	
RESPONSABLE SANITARIO	

En cumplimiento del **Decreto 106/2004**, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón con el marco de apoyo en el **Real Decreto 1277/2003**, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Las memorias tienen que contemplar las indicaciones de buenas prácticas emitidas por sociedades nacionales o internacionales de reconocido prestigio, respecto a la práctica concreta. De acuerdo con sus competencias, el Responsable Sanitario del centro/consulta arriba señalado **INFORMA** que:

El profesional sanitario garantiza al cliente/paciente la seguridad y confidencialidad de sus datos y de la comunicación que se establece entre los dos cuando utiliza estas tecnologías. El paciente está informado de los posibles riesgos.

El profesional sanitario conoce que hacer una intervención a un paciente que viva en otra Comunidad Autónoma también se plantea como algo a tener en cuenta y va a depender de las distintas legislaciones.

Que los siguientes aspectos, cumplen Si, No o NP (no procede):

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Al comienzo del tratamiento con un paciente por videoconferencia se verifica la identidad del paciente y del profesional, la documentación de la ubicación, la información de contacto y de las expectativas con respecto al posible contacto entre sesiones o consultas acordadas. (medio telefónico o electrónico)
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Se contempla la idoneidad del paciente para esta modalidad de tratamiento (habilidades informáticas, capacidad cognitiva, cooperación...)
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	La intervención se lleva a cabo con el consentimiento informado al comienzo del servicio. Se aporta modelo de consentimiento informado <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Se contempla la idoneidad del entorno físico tanto para el profesional como el paciente. Se establecen pautas de colocación de la cámara y alumbrado y presencia de terceras personas.
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	El profesional conoce los centros de naturaleza presencial a los que pueda derivar a su paciente en función de la ubicación de éste?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Se utiliza una codificación para la transmisión de audio y vídeo seguros “cifrado de extremo a extremo” u otros medios seguros. Indicar plataforma y/o Programas que se van a utilizar:
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Se informa al paciente de las características mínimas de hardware, software asociado y conectividad (ancho de banda) que se necesita para la aplicación o plataforma que se va a utilizar.
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>	Antes del comienzo de los servicios, el paciente es informado de todos los cargos económicos que puedan surgir durante la prestación de los servicios. Medios de pago utilizados:
Indicar los dispositivos y características de la conectividad que va a utilizar el profesional			

Fecha y Firma del Responsable Sanitario