

**CORPORACION TRANSDISCIPLINA, SALUD, EDUCACIÓN Y DERECHOS o**  
**“CORPORACIÓN TRANSED”**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTACIONES DE TELEMEDICINA**

Mediante el presente, declaro de forma voluntaria mi disposición a ser atendido(a)(e) por profesionales de salud, de forma telemática, si así se resuelve de común acuerdo junto a la persona a cargo del caso, por razones de fuerza mayor que dificulten o imposibiliten la atención presencial.

Los profesionales de salud involucrados en las prestaciones de telemedicina que se me brinde respetaran la privacidad y confidencialidad de mis datos clínicos, conforme a las normas éticas que regulan las atenciones de salud y a la política de privacidad de Corporación TRANSED.

Previo a la atención bajo la modalidad anteriormente descrita, se concretará el pago de la prestación mediante los medios de pagos dispuestos para aquello. Luego de la primera atención, las sesiones siguientes serán acordadas con el profesional a cargo del tratamiento, referente al tipo de prestación y el arancel correspondiente.

Para mas información, favor consulte al correo electrónico [telemedicina@transed.cl](mailto:telemedicina@transed.cl).

**Declaro que he leído y acepto en su plenitud los términos anteriormente descritos y las condiciones en las cuales se realizara la prestación de telemedicina.**

**Nombre** : \_\_\_\_\_

**RUT** : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**FIRMA** : \_\_\_\_\_