

Gastrocamp – Termo de Consentimento

Eu, _____
RG nº _____, CPF nº _____ declaro
que autorizo/aceito o meu atendimento por meio de comunicação eletrônica
(Telemedicina) pelo médico _____,
na modalidade de Teleconsulta, por meio da tecnologia de informação e comunicação,
que ocorrerá no dia: ____ / ____ / ____ .

Declaro que autorizo/aceito também a realização de todos os atos referentes ao
atendimento médico e que poderão fazer parte do meu prontuário (físico ou
eletrônico), tais como:

- Gravação e arquivamento da assistência prestada via Telemedicina.
- Gravação e arquivamento de imagens, de exames complementares e outros documentos referentes ao atendimento.
- Estou ciente das limitações técnicas dessa forma de atendimento, em especial aquelas relacionadas ao exame físico.
- Em caso de urgência e emergência, devo procurar o serviço de saúde (Hospital, UPA ou outra instituição de Pronto Atendimento).
- Ao final do atendimento, devo encaminhar mensagem declarando que fui atendido(a) e que compreendi as informações que me foram repassadas.

Assinatura do(a) paciente ou Responsável Legal: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Identidade Nº: _____ Data: ____ / ____ / ____



GASTROCAMP
Instituto Médico