

Consentimiento Informado para la Atención en Salud Mental en Modalidad a Distancia

Declaro que, con plena capacidad mental, doy mi consentimiento informado para recibir atención en Salud Mental en Modalidad a Distancia, específicamente mediante citas programadas que no sean de carácter urgente por el Doctor Omar Minaya Hernández, en cumplimiento con la Ley General de Salud y su Reglamento, así como con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento.

Entiendo y acepto que la atención en Salud Mental en Modalidad a Distancia incluye el uso de tecnologías de la información y comunicación, como la videoconferencia o la telefonía, para llevar a cabo evaluaciones, diagnósticos, tratamiento, seguimiento, asesoramiento y orientación, en función de las necesidades de mi estado de salud.

Comprendo que la atención en Salud Mental brindada por el Doctor Omar Minaya Hernández no incluye urgencias o emergencias médico psiquiátricas ni psicológicas, como tampoco la obligatoriedad de atención fuera de los horarios de atención previamente programados, y que en caso de necesitar atención urgente deberé acudir inmediatamente a cualquiera de los Hospitales Generales o Psiquiátricos Públicos o Privados a través de su SERVICIO DE URGENCIAS disponibles en mi localidad o estado y notificar el incidente al correo electrónico: omar_minaya@icloud.com o por mensaje de texto SMS o WhatsApp al número +52 55 2088-2363.

Asimismo, entiendo y acepto que el Doctor Omar Minaya Hernández tiene la obligación de asegurarse de la confidencialidad, integridad y seguridad de la información que se comparta en el marco de mi atención médica, así como de

garantizar el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de protección de datos personales.

Declaro que he sido informado acerca de los riesgos y limitaciones de la atención en Salud Mental en Modalidad a Distancia, incluyendo la posibilidad de fallas técnicas, interrupciones de la conexión, pérdida de la calidad de la comunicación, entre otras. Asimismo, he sido informado sobre las medidas de seguridad adoptadas por el profesional de la salud para mitigar los riesgos asociados a la modalidad a distancia.

Autorizo al Doctor Omar Minaya Hernández a registrar y almacenar la información relativa a mi atención en Salud Mental en Modalidad a Distancia, con el fin de cumplir con las obligaciones legales y administrativas que correspondan, así como para mejorar la calidad de la atención.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento a través de una comunicación verbal o por escrito, lo que implicaría la suspensión temporal y/o cancelación permanente de la atención brindada por el Doctor Omar Minaya Hernández, y que, en caso de necesitar atención en salud mental de manera presencial, deberé acudir con algún profesional o Instituto de mi propia elección que brinde dichos servicios.

Finalmente, manifiesto mi conformidad con los términos y condiciones del presente consentimiento informado, el cual se considera vigente desde el primer momento de recibir atención profesional por el Doctor Omar Minaya Hernández sin requerimiento de firma autógrafa o electrónica, y considerándose válido y vinculante para todas las partes involucradas.