

Consentimiento Informado para Teledermatología y Tratamiento de Datos Sensibles

Versión 2026-08-19 · Reemplaza a todas las versiones anteriores

1. Qué estoy consintiendo

Al marcar la casilla de aceptación, consiento de forma **libre, expresa, previa, informada y específica**:

- Recibir una **evaluación dermatológica remota y asincrónica** del Dr. Javier Larraín (Registro N° 17801), basada en el cuestionario y las fotografías que yo entregue, con respuesta dentro de un máximo de 48 horas desde que la consulta queda completa.
- El **tratamiento de mis datos personales y de mis datos sensibles de salud** —o los del menor a mi cargo— para las finalidades descritas en la Política de Privacidad: prestar la consulta, constituir la ficha clínica, emitir la boleta y enviar avisos operativos sin contenido clínico.

2. Cómo y cuándo se otorga

- Este consentimiento se otorga marcando una casilla **al crear mi cuenta, antes de entregar cualquier dato clínico**, y se me solicita nuevamente cada vez que estos documentos se actualicen o si lo he revocado. No existe aceptación automática ni tácita.
- Cada aceptación queda registrada con su fecha y hora, la versión de los documentos aceptados y la dirección IP, como evidencia verificable.
- Es un requisito para usar el servicio: sin consentimiento no se tratan datos de salud ni se presta la consulta.

3. Naturaleza y limitaciones de la teledermatología

Declaro comprender que:

- La evaluación es **remota, sin examen físico presencial**, y se basa exclusivamente en la información y fotografías que yo aporte.
- La calidad de las fotografías y la veracidad de mis respuestas condicionan la calidad de la evaluación.
- El dermatólogo puede indicar una **evaluación presencial**, exámenes o procedimientos complementarios si lo considera necesario, y me comprometo a seguir esa indicación.
- El servicio **no es de urgencia**: ante una urgencia debo acudir de inmediato a un servicio de urgencia presencial.

4. Consultas de menores a mi cargo

Si la consulta es para un paciente de 5 a 17 años, declaro ser su padre, madre o tutor, contar con la facultad para representarlo y otorgar este consentimiento en su nombre e interés. Sé que no se atienden menores de 5 años.

5. Mis datos y mis derechos

- Mis datos de salud son **datos sensibles** y se tratan con protección reforzada (Leyes N° 19.628 y 21.719) y bajo la reserva de la ficha clínica (Ley N° 20.584).
- Los documentos clínicos solo se entregan dentro del portal, con mi sesión iniciada; los correos que recibo no contienen información clínica.
- Puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y portabilidad desde el portal o escribiendo a **contacto@dermalink.cl**, según se detalla en la Política de Privacidad.
- La ficha clínica se conserva por el plazo legal mínimo de 15 años; ese deber legal limita la supresión de los datos que la integran.

6. Revocación

Puedo **revocar este consentimiento en cualquier momento** desde mi portal (Mi perfil) o escribiendo a contacto@dermalink.cl. La revocación no afecta la licitud del tratamiento ya realizado ni la conservación legal de la ficha clínica, e impide iniciar nuevas consultas mientras no se otorgue un nuevo consentimiento.

7. Declaraciones finales

Declaro que he leído y comprendido este Consentimiento, la Política de Privacidad y los Términos y Condiciones; que la información y fotografías que entregaré son veraces y corresponden a mí o al paciente a mi cargo; y que comprendo los alcances y limitaciones de la atención dermatológica remota.