

Consentimiento Informado

Atención dermatológica por telemedicina asincrónica

Versión 3.5 · Publicación: 16/10/2026

Otorgado conforme a los artículos 8°, 10, 14 y 15 de la **Ley N° 20.584**, a la **Ley N° 21.541**, al **Decreto N° 6 de 2021** del Ministerio de Salud, a la **Norma General Técnica N° 237**, aprobada por Decreto Exento N° 51 de 2024 del Ministerio de Salud y a la **Ley N° 19.628** en el texto fijado por la **Ley N° 21.719**.

Prestador: Sociedad Profesional Javier Larraín y Compañía Limitada, RUT 76.461.951-K, Los Carrera 200, Of. 602, Los Ángeles. **Médico tratante:** Dr. Javier Larraín Amigo, dermatólogo, Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud N° 17.801.

Lea y acepte este documento antes de iniciar su consulta. Su aceptación es requisito para recibir la atención.

1. Qué está aceptando

Recibir una **evaluación dermatológica asincrónica**: usted responde un cuestionario y carga fotografías; el médico las revisa en un momento posterior y responde dentro de un máximo de **48 horas hábiles**. **No hay atención en vivo, ni videollamada, ni examen físico presencial.**

Lo que recibirá es una impresión diagnóstica. Es la conclusión que el médico formula a partir de sus fotografías y de la información que usted declare, sin haberlo examinado. **No es un diagnóstico de certeza** y puede requerir confirmación presencial, exámenes o seguimiento.

2. Beneficios esperados

Evaluación por especialista sin desplazamiento, en plazos breves, con documentación clínica escrita y descargable y registro permanente en su ficha clínica.

3. Riesgos y limitaciones — léalo con atención

- El diagnóstico se basa en información limitada.** El médico no puede palpar la lesión, no realiza dermatoscopia, no toma biopsia y no dispone de exámenes en el acto. Hay condiciones que **no pueden diagnosticarse con seguridad por fotografía**.
- Puede haber error, retraso o imposibilidad de formular una impresión diagnóstica.** La calidad, el enfoque, la iluminación y el color de las imágenes influyen decisivamente, y una fotografía deficiente puede conducir a una conclusión equivocada.
- La información que usted entrega determina el resultado.** Omitir enfermedades, tratamientos en curso, alergias, embarazo o lactancia puede derivar en indicaciones inadecuadas o peligrosas.
- Puede ser necesaria una atención presencial.** El médico puede concluir que su caso requiere evaluación presencial, exámenes o derivación. **Esa conclusión es un resultado válido y completo de la consulta y no da derecho a reembolso.**

- e) **No es un servicio de urgencia.** No hay monitoreo ni atención inmediata. **Si presenta signos de gravedad —fiebre alta, lesión de crecimiento rápido, sangrado, dolor intenso, hinchazón de labios o lengua, dificultad para respirar, compromiso del estado general— acuda de inmediato a un servicio de urgencia o llame al 131, sin esperar la respuesta.**
- f) **Puede haber fallas técnicas** de conectividad, carga de imágenes o disponibilidad de la plataforma.

4. Alternativas

Usted tiene derecho a optar por una **consulta dermatológica presencial**, que permite examen físico, dermatoscopia y toma de muestras. También tiene derecho a **no aceptar** este consentimiento y a no recibir la atención, **sin consecuencia alguna** (artículo 14 de la Ley N° 20.584).

5. Casos que se derivan

Ciertos casos no se resuelven por esta vía y serán derivados a atención presencial: lesiones sospechosas de **cáncer de piel o melanoma**; lesiones que requieran **dermatoscopia o biopsia**; cuadros **graves o de aparición brusca**; **infecciones con compromiso general**; y lesiones que requieran examen presencial, incluidas las de zona íntima.

6. Información veraz y calidad de las fotografías

6.1. Usted declara que la información que entrega es **veraz y completa**, incluidos antecedentes de salud, tratamientos en curso, alergias y, cuando corresponda, estado de embarazo, lactancia y planificación familiar, campos que son **obligatorios** para pacientes en edad fértil. La evaluación y las eventuales indicaciones se basan enteramente en esa información.

6.2. Usted **vuelve a confirmar** la veracidad y completitud de sus antecedentes al enviar la consulta al médico, que es el momento en que esa información pasa a integrar su ficha clínica y sirve de base a la evaluación.

6.3. La **calidad de las fotografías es determinante**. Imágenes desenfocadas, mal iluminadas, con color alterado o de encuadre insuficiente pueden impedir la evaluación o conducir a una impresión diagnóstica equivocada. Siga la guía de captura disponible en la plataforma y reemplace las imágenes cuando el médico se lo solicite.

7. Fotografías clínicas

7.1. Autoriza tomar y cargar las fotografías del **área afectada** necesarias para la evaluación.

7.2. Uso exclusivamente clínico. No se publican, no se usan con fines promocionales, no se comparten en redes sociales y no se incorporan a galerías de casos.

7.3. Garantías técnicas. Almacenamiento privado; visualización mediante enlaces firmados que **expiran a los 5 minutos**; sin dirección pública permanente; **eliminación de toda la información oculta del archivo, incluida la geolocalización**. Cada apertura queda registrada en la auditoría.

7.4. Zonas íntimas: no se admiten. La plataforma **no acepta consultas que impliquen el envío de fotografías de zonas íntimas (las que cubre la ropa interior), a cualquier edad**. Si su consulta se refiere a esas zonas, debe acudir a atención presencial. **Antes de pagar, usted declara que su consulta no corresponde a zonas íntimas**; si esa declaración es inexacta, no procede reembolso.

7.5. Imágenes cargadas pese a la exclusión. Si se cargan fotografías de zonas íntimas, el médico no las evaluará y derivará el caso a atención presencial.

7.6. Entorno privado. Se compromete a encontrarse en un entorno privado al tomar y cargar las imágenes.

8. Documentos clínicos

8.1. Cuando corresponda, el médico emite indicaciones, órdenes, informe y otros documentos clínicos bajo **su criterio profesional exclusivo**. Su no emisión no constituye incumplimiento.

8.2. Tratamientos excluidos del canal. Por esta vía no se indican tratamientos sujetos a control legal especial. Esos casos se derivan a atención presencial.

8.3. Firma electrónica: advertencia expresa. Los documentos identifican al médico con nombre, especialidad, RUT y Registro de la Superintendencia de Salud, que es su **validador formal**. Pueden incorporar una imagen de la firma y timbre del médico, la que **no constituye firma electrónica avanzada** de la Ley N° 19.799. **Algunos establecimientos exigen firma electrónica avanzada y pueden rechazar el documento; si eso ocurre, puede solicitar sin costo el documento en papel con firma del médico, que se le entregará** en la consulta del Prestador.

8.4. Embarazo y lactancia. Si está o pudiera estar embarazada, o se encuentra en período de lactancia, **debe declararlo**. Existen tratamientos dermatológicos que pueden causar daño grave al feto.

9. Tratamiento de sus datos de salud

9.1. Consentimiento expreso. ☐ (*casilla obligatoria*) Consiento expresamente el tratamiento de mis datos personales de salud —incluidas mis fotografías clínicas— para recibir evaluación, diagnóstico e indicación terapéutica, conforme a los artículos 16 inciso 1° y 16 bis de la Ley N° 19.628 (texto fijado por la Ley N° 21.719) y a la Política de Privacidad, que declaro conocer.

9.2. Dónde se almacenan y procesan sus datos — información. Sus datos clínicos **se almacenan en Brasil y se procesan en Estados Unidos**. Esas transferencias no dependen de su aceptación: se amparan en **cláusulas contractuales con garantías adecuadas** suscritas por el Prestador con cada proveedor, conforme a los artículos 27 y 28 de la Ley N° 19.628 (texto fijado por la Ley N° 21.719). El detalle está en la Política de Privacidad, y puede solicitar copia de esa documentación a contacto@dermalink.cl.

9.3. Acceso técnico. Comprendo que la operación de la plataforma implica que personal técnico del operador tecnológico dispone de acceso administrativo a la infraestructura donde residen los datos, acotado a operar, mantener y asegurar el servicio, sujeto a deber de secreto y **registrado íntegramente en la auditoría**.

9.4. Boleta. Comprendo que la boleta emitida **revela que recibí una atención dermatológica**, sin contener dato clínico alguno, y que si el paciente es menor de edad la boleta consigna su RUT y nombre.

9.5. Uso para inteligencia artificial — opcional. ☐ (*casilla voluntaria*) Autorizo que mis fotografías y los datos clínicos de mi consulta, **sin mi nombre, RUT ni rasgos que me identifiquen**, se usen para entrenar sistemas de inteligencia artificial de apoyo a la detección de lesiones dermatológicas, en los términos de la Política de Privacidad. Entiendo que: **puedo no marcar esta casilla y recibiré la misma atención**; puedo revocar esta autorización en cualquier momento y, desde entonces, mis datos no se usarán en nuevos entrenamientos, aunque no es posible retirarlos de un sistema ya entrenado; esos sistemas son del Prestador y el operador tecnológico no los usa para productos propios ni para otros clientes; y el diagnóstico seguirá siendo del médico. *Esta opción no está disponible para pacientes menores de 18 años.*

9.6. Sin decisiones automatizadas. Ningún diagnóstico ni decisión clínica es adoptada por sistemas automatizados.

10. Si el paciente es menor de edad

El adulto responsable declara:

- Ser **padre, madre, representante legal o tener a su cargo el cuidado personal** del menor, y **estar facultado para decidir sobre su salud**, asumiendo las consecuencias civiles y penales de una declaración falsa.
- **Consentir** la atención y el tratamiento de los datos de salud del menor (artículo 16 quáter de la Ley N° 19.628, texto fijado por la Ley N° 21.719).
- Tratándose de un adolescente de **14 a 17 años**, haberle informado la naturaleza de la consulta y recabado su **asentimiento**, sin que se requiera su firma. Si el adolescente se niega, la atención no se realiza. Si tiene **16 o 17 años**, el propio adolescente acepta el tratamiento de sus datos de salud mediante una aceptación separada en la Plataforma.
- Comprender que la plataforma **atiende desde el nacimiento**, y que tratándose de un paciente **menor de 2 años** el médico derivará a atención presencial ante cualquier duda diagnóstica, fiebre, compromiso del estado general o lesión de evolución rápida.
- Comprender que la plataforma **no acepta consultas que impliquen fotografías de zonas íntimas**, a cualquier edad.
- Comprender que **al cumplir 18 años** el paciente, el adulto **dejará de acceder a su información clínica**, y que el paciente podrá asumir la titularidad de su cuenta.

11. Ficha clínica y conservación

La información generada constituye **ficha clínica**, documento reservado que el Prestador está **legalmente obligado a conservar por al menos quince años** (artículo 13 de la Ley N° 20.584, en el texto fijado por la Ley N° 21.668, y su reglamento). Usted tiene derecho a obtener copia íntegra de ella.

12. Trazabilidad

Toda consulta, respuesta, apertura de fotografía y descarga de documento queda registrada de forma inalterable, con fecha, hora e identidad, como respaldo de la atención para usted y para el Prestador.

13. Revocación

Puede **revocar este consentimiento en cualquier momento**, sin expresión de causa y sin costo, escribiendo a contacto@dermalink.cl o desde su perfil.

Efectos: impide iniciar nuevas consultas y detiene el tratamiento futuro que dependa del consentimiento. **No produce el borrado de su ficha clínica**, porque la ley obliga a conservarla, ni afecta la validez de la atención ya prestada.

14. Sus derechos como paciente

Conforme a la Ley N° 20.584 tiene derecho, entre otros, a: trato digno; información en lenguaje comprensible; **aceptar o rechazar** todo procedimiento; conocer la identidad y calificación del profesional; la **reserva** de su información de salud; obtener copia de su ficha clínica; y reclamar ante el Prestador y ante la **Superintendencia de Salud**.

La Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes está disponible en dermalink.cl/derechos-y-deberes.

15. Registro de su aceptación

Su aceptación queda registrada con su identidad, la **versión exacta** de este documento, la fecha y hora, la dirección IP y el navegador. Se conserva por el mismo plazo que su ficha clínica y constituye prueba del consentimiento (artículo 3° de la Ley N° 19.799). Si se publica una versión nueva, se le solicitará aceptarla antes de iniciar una nueva consulta.

16. Declaración final

☐ He leído y comprendido este documento; he tenido la oportunidad de formular preguntas; la información que entregaré es veraz; y **acepto voluntariamente** recibir atención dermatológica por telemedicina asincrónica en los términos descritos.

Titular: _____ **RUT:** _____

Paciente: _____ **RUT:** _____

Relación: ☐ Sí mismo ☐ Hijo/a ☐ Bajo mi cuidado personal o representación legal

Fecha y hora: registro automático del sistema.

Documento controlado. Versión 3.5. No sustituye la información que el médico pueda entregarle en el curso de la atención.