

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DICTADOS DE IA

INFORMACIÓN AL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Por favor, imprima)

INTRODUCCIÓN:

Yo, el paciente abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para el uso de la tecnología de dictado de escritas de Inteligencia Artificial (IA) en el documentación de mis registros médicos en la Asociación de Práctica Médica KUSM-W. Este formulario proporciona información sobre el uso de la tecnología de IA, sus propósitos y las medidas de seguridad implementadas para proteger mi privacidad.

PROPÓSITO DEL DICTADO DE IA:

La tecnología de dictado de escritas con IA se utiliza para convertir palabras habladas en formato de texto con el fin de documentar la información médica de manera eficiente y precisa. El sistema de IA puede emplearse en la transcripción de notas médicas, informes y otros documentos relevantes.

CÓMO FUNCIONA EL DICTADO CON IA:

Durante mis citas médicas, cualquier información verbal proporcionada por mí o mi proveedor de atención médica puede registrarse utilizando el dictado de un escriba de IA. El sistema de IA procesa y transcribe las palabras habladas a texto, lo que contribuye a la creación de mis registros médicos. **Todas las grabaciones se eliminan permanentemente después de 7 días.** El escriba de IA no se utilizará para tomar ninguna decisión sobre su atención. Su médico revisará toda la información de su expediente médico, incluidas las notas escritas por IA, antes de tomar cualquier decisión sobre su atención.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

La práctica médica emplea sólidas medidas de seguridad para salvaguardar la confidencialidad e integridad de la información procesada a través del dictado de IA. Estas medidas incluyen cifrado, controles de acceso y auditorías de seguridad periódicas para evitar el acceso no autorizado y proteger contra las violaciones de datos.

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Acceso a la información:** Tengo derecho a solicitar acceso a mis registros médicos generados a través del dictado de IA.
- Modificación de la información:** Tengo derecho a solicitar correcciones o enmiendas a cualquier inexactitud en mis registros médicos.
- Retirada del consentimiento:** Tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso del dictado de IA en cualquier momento. Sin embargo, el retiro puede afectar la eficiencia de la documentación de la historia clínica.

BENEFICIOS Y RIESGOS:

Beneficios:

- Aumento de la eficiencia en la documentación de la historia clínica.
- Mayor precisión en la transcripción de información verbal.

Riesgos:

- Posibilidad de errores en la transcripción.
- Posibles limitaciones en el reconocimiento de ciertos acentos o patrones de habla.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

He leído y entiendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y cualquier inquietud ha sido atendida a mi satisfacción. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento voluntario para el uso de la tecnología de dictado de IA en la creación de mis registros médicos en la Asociación de Práctica Médica KUSM-W.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____