

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Clínico FUSAT se encuentra realizando un Piloto de monitoreo de paciente a distancia, desarrollado por Roche Chile, mediante una plataforma de monitoreo a distancia “Roche Diabetes Care Platform”. El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del monitoreo y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

FUSAT desea ayudar a las personas con diabetes a modificar su comportamiento y optimizar el tratamiento de datos, compartiendo información sobre los pacientes con los profesionales que participan en su tratamiento, a través de la plataforma. Mediante el uso de la plataforma en todas las intervenciones terapéuticas de los pacientes se pueden optimizar los procesos actuales y el protocolo de tratamiento para trabajar de forma más eficiente.

El objetivo es buscar el control metabólico hemodinámico de las patologías de base de beneficiarios de FUSAT, mejorando su salud y por ende, su calidad de vida mediante:

- Acceso a la plataforma para pacientes y equipo
- Transmisión de datos desde medidores de glicemia y/o bombas de insulina y otros dispositivos de salud.
- Visualización de datos.
- Visualización de tratamiento actual del paciente e historial de tratamientos.

Los participantes pueden enviar los datos del medidor y/o de la bomba y otros dispositivos de salud desde su casa o lugar externo. Todos los datos se almacenan en una base de datos, creando un historial accesible para todos los miembros del equipo que tengan autorización.

Sus datos estarán protegidos y el tratamiento de ellos será regido por la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada. En caso de realizar una presentación de resultados se reserva todo posible indicio que permita una identificación, siendo sus datos confidenciales.

Su participación es de carácter libre y voluntario, pudiendo solicitar ser excluido en el momento que lo decida, sin justificación previa ni perjuicio para usted.

Para constancia, declaro conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos, las formas de participación y resguardo de información. También declaro consentir que los profesionales autorizados por FUSAT hagan uso de la información clínica entregada.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Nombre \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_