

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Atención médica asíncrona — Programa de Salud Capilar “Bruno” by Examedí Declaración de voluntad expresa e informada (artículo 14 de la Ley N°20.584)

Versión: 1.0

Fecha de última actualización: 13 de agosto de 2026

En conformidad con la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en su atención de salud; la Ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada; el Decreto Supremo N°6 de 2022 del Ministerio de Salud; la Ley N°19.799 sobre Firma Electrónica; y demás normativa aplicable, yo, **[Nombre del Paciente; se completa automáticamente al suscribirse]**, cédula de identidad N° **[RUT del Paciente; se completa automáticamente al momento de suscribirse]**, mayor de edad, otorgo el presente Consentimiento Informado, declarando haber comprendido íntegramente su contenido, alcances, condiciones, limitaciones y riesgos.

1. FORMATO DE LA ATENCIÓN: CONSULTA ASÍNCRONA

1.1. Declaro entender que el servicio corresponde a una atención médica en **modalidad asíncrona o diferida**, en la cual **no existe interacción en tiempo real** entre el Médico y mi persona. En esta modalidad, ingreso mi información de salud (síntomas, antecedentes, tratamientos previos, fotografías del cuero cabelludo y, si lo estimo pertinente, informes o resultados de exámenes previos), la cual es transmitida al Médico y conservada en la Plataforma por cuenta de éste conforme a la Sección 6 para que la revise, evalúe mi caso, elabore un informe razonado y, si lo estima clínicamente procedente, emita una receta electrónica. La respuesta será entregada dentro del plazo de 48 horas hábiles desde la recepción completa de la información del paciente.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

2.1. Declaro entender que la atención es realizada por un médico cirujano, habilitado para ejercer en Chile e inscrito y vigente en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI) de la Superintendencia de Salud, con formación o experiencia clínica en el ámbito dermatológico-capilar. La Plataforma informará al Usuario el nombre completo y la calidad profesional del Médico que le sea asignado, conforme al artículo 14 del Decreto Supremo N°6 de 2022. La asignación del Médico se efectuará una vez completada la Provisión de Fondos. El Usuario que no acepte al Médico asignado podrá solicitar la restitución íntegra de la Provisión de Fondos, siempre que el Médico no haya iniciado aún la evaluación, por los canales de soporte de la Plataforma.

3. CARÁCTER COMPLEMENTARIO Y NO SUSTITUTIVO DE LA ATENCIÓN PRESENCIAL

3.1. Reconozco expresamente que esta modalidad de atención **no sustituye ni reemplaza una consulta médica presencial**. Comprendo que existen limitaciones inherentes al carácter diferido del servicio, tales como la imposibilidad de realizar un examen físico directo, pruebas complementarias o detectar signos clínicos no evidenciables mediante fotografías. Acepto que el Médico puede, conforme a su criterio clínico, indicar una derivación a atención presencial o abstenerse de prescribir si lo estima necesario para resguardar mi salud.

4. RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL MÉDICO. ROL DE EXAMEDI

4.1. Reconozco expresamente que el **acto médico** —la evaluación de mi condición, el diagnóstico, el informe y la prescripción— es realizado por el Médico de manera autónoma e independiente y **bajo su exclusiva responsabilidad profesional**, conforme a la *lex artis* y al artículo 101 del Código Sanitario.

4.2. Entiendo que **Examedi (TECNOLOGÍAS SALUDANDO SpA) no tiene participación clínica alguna**: no evalúa, no diagnostica, no prescribe, no recomienda ni promociona medicamentos, ni influye en el criterio del Médico. Examedi actúa solo como intermediario tecnológico y como mandatario para la gestión de pagos y la adquisición de los medicamentos que el Médico prescriba.

4.3. Reconozco que no tengo derecho a exigir una prescripción determinada, y que el Médico puede abstenerse de prescribir, solicitar información adicional o derivarme a atención presencial conforme a su criterio profesional, sin que ello constituya incumplimiento ni genere responsabilidad para el Médico o para Examedi.

5. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES DE SALUD

5.1. **Autorizo expresamente** el tratamiento y la **conservación** de mis datos sensibles de salud —incluyendo síntomas, antecedentes, tratamientos previos, fotografías del cuero cabelludo, los informes o resultados de exámenes que yo adjunte, y el informe y la receta que emita el Médico— con la finalidad de que sean transmitidos al Médico para la realización de la consulta asíncrona, de que el Médico pueda cumplir sus deberes legales de registro y conservación de la ficha clínica y garantizar la continuidad de mi cuidado, y de ejecutar el mandato de pago y adquisición de medicamentos. Esta autorización se otorga de manera libre, específica e informada, conforme al **artículo 10 de la Ley N°19.628**.

5.2. Declaro conocer y aceptar la Política de Privacidad, y entender que el Médico es el responsable del tratamiento de mis datos clínicos y que Examedi actúa como mandatario, en los términos del artículo 3°, inciso octavo, de la Ley N°20.584.

6. CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS DATOS

6.1. Declaro entender que **Examedi conservará en la Plataforma** los datos de salud que yo transmita (síntomas, antecedentes, tratamientos previos, fotografías del cuero cabelludo e informes o resultados de exámenes adjuntados), junto con el informe y la receta emitidos por el Médico, **por cuenta, orden e instrucción del Médico** y con la finalidad exclusiva de

permitirle cumplir sus obligaciones legales de registro y conservación y de garantizar la continuidad de mi cuidado; que dicha conservación se extiende por el plazo que el Médico instruya y, a falta de instrucción, por el plazo legal de a lo menos quince (15) años (artículo 13 de la Ley N°20.584); que al contenido clínico acceden únicamente el Médico tratante y los profesionales de la salud que participen directamente en mi atención, y no el personal de Examedi, salvo lo estrictamente indispensable para la operación técnica y la seguridad de la Plataforma; que mis datos de contacto y de despacho se suprimen al término del plan; y que **el Médico es el responsable de la ficha clínica** y de su conservación.

6.2. Declaro entender que puedo acceder a esta información a través de la Plataforma, y que las solicitudes de rectificación o supresión del contenido clínico se dirigen al Médico, en su calidad de responsable del tratamiento, quien resolverá conforme a la ley y a su obligación legal de conservación.

7. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO. RIESGOS Y SEGURIDAD FARMACOLÓGICA

7.1. Reconozco que, en caso de prescribirse un tratamiento, **será el Médico tratante quien me informe**, de manera previa, suficiente y comprensible, sobre el medicamento indicado, su posología, beneficios esperados, efectos adversos, contraindicaciones y precauciones, conforme a los artículos 10 y 14 de la Ley N°20.584. Entiendo que Examedi no entrega información farmacológica ni recomienda medicamentos.

7.2. Reconozco que la atención constituye una obligación de **medios** conforme a la *lex artis*, y no una obligación de resultados.

7.3. Declaro entender que, de prescribirse un tratamiento y contratar yo el plan ofrecido en la Plataforma, los medicamentos serán elaborados o dispensados por Narma (FARMACANN SpA), recetario magistral autorizado, bajo la modalidad de un **plan de tres (3) o de seis (6) meses, a mi elección, con despachos mensuales a mi domicilio**, conforme a la receta emitida por el Médico. Entiendo que la continuidad del tratamiento durante el plan queda sujeta al criterio clínico del Médico, quien puede ajustar la formulación, suspender o discontinuar el tratamiento si lo estima necesario para resguardar mi salud, sin que ello constituya incumplimiento.

7.4. Declaro entender que, en caso de discontinuación del tratamiento por indicación del Médico o por mi propia decisión, se me restituirá la parte proporcional del precio del plan correspondiente a los meses cuya preparación no se hubiere iniciado, conforme a los Términos y Condiciones de Uso.

8. LIMITACIONES Y RIESGOS DE LA CONSULTA ASÍNCRONA

8.1. Reconozco y acepto que la atención diferida tiene límites clínicos y técnicos intrínsecos, en particular:

(a) No existe evaluación en tiempo real ni examen físico directo, ni la posibilidad de realizar pruebas complementarias o detectar signos no evidenciables mediante fotografías.

(b) El diagnóstico y las decisiones terapéuticas se fundan **exclusivamente en la información que yo proporcione**, por lo que su veracidad, completitud y la calidad de las fotografías son esenciales; su omisión o inexactitud puede afectar la pertinencia o efectividad del tratamiento.

(c) El Médico puede requerir información adicional o **derivar a una consulta presencial**, y puede no ser posible establecer un diagnóstico definitivo por esta vía.

9. OBLIGACIONES DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO

9.1. En caso de iniciar un tratamiento prescrito, me comprometo a: (i) seguir estrictamente la posología e indicaciones del Médico; (ii) informar oportunamente al Médico cualquier nueva condición de salud, cambio en mi estado o inicio de otros medicamentos; (iii) **reportar cualquier efecto adverso** por los canales de la Plataforma que son transmitidos al Médico, para efectos de seguimiento clínico y farmacovigilancia; (iv) no compartir, revender ni transferir los medicamentos a terceros; y (v) acudir a atención presencial cuando el Médico lo indique o mi estado lo requiera.

9.2. Reconozco que el incumplimiento de estas obligaciones puede comprometer la efectividad y seguridad del tratamiento, y constituirá culpa exclusiva del paciente que interrumpe la relación de causalidad respecto de la responsabilidad del Médico y de Examedi, sin perjuicio de los derechos irrenunciables del paciente como consumidor conforme a la Ley N°19.496.

10. CASOS EN QUE NO CORRESPONDE USAR LA PLATAFORMA. EMERGENCIAS

10.1. Declaro entender que esta modalidad **no es apta para urgencias, emergencias ni situaciones de riesgo vital**. Ante síntomas graves —tales como dolor torácico, dificultad para respirar, hinchazón repentina de rostro, labios o garganta, reacciones alérgicas severas o pensamientos de autolesión, entre otros— debo acudir de inmediato a un servicio de urgencia o llamar al **SAMU (131)**. La Plataforma no presta atención de urgencia y el Médico puede no estar disponible para respuesta inmediata.

10.2. Declaro que el tratamiento del Programa Capilar está dirigido a personas mayores de 18 años y que conozco las restricciones de uso que el Médico determine.

11. CONOCIMIENTO DE MIS DERECHOS COMO PACIENTE

11.1. Declaro conocer mis derechos como paciente conforme a la Ley N°20.584, en particular: el derecho a recibir información suficiente, oportuna y comprensible (artículos 8 y 10); y el derecho a otorgar o denegar mi voluntad de someterme a tratamiento, en forma libre, voluntaria, expresa e informada (artículo 14). Declaro que se me ha informado adecuadamente y que se ha respetado mi derecho a decidir.

12. CONFIRMACIÓN DE IDENTIDAD Y VERACIDAD

12.1. Declaro bajo mi responsabilidad que **la información que ingreso es veraz, completa y precisa, y corresponde a mi propia persona**, y que asumo las consecuencias de cualquier

omisión, inexactitud o falsedad. Me comprometo a informar con veracidad sobre condiciones médicas preexistentes, medicamentos en uso, alergias y antecedentes relevantes.

13. FORMA DE ACEPTACIÓN

13.1. Otorgo el presente Consentimiento Informado por medios electrónicos, mediante firma o clic de aceptación en la Plataforma, lo que constituye manifestación de voluntad válida y auténtica conforme a la **Ley N°19.799** y al artículo 14 de la Ley N°20.584, que admite el otorgamiento del consentimiento para prestaciones de salud digital a través de sistemas electrónicos que garanticen su autenticidad.

13.2. Entiendo que puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, comunicándolo por los canales de contacto de la Plataforma, sin perjuicio de las atenciones ya realizadas.

DECLARACIÓN FINAL

He leído y comprendido este Consentimiento Informado, se han respondido mis dudas y **acepto** someterme a la atención médica asíncrona en los términos aquí descritos.