

**Consentimiento informado para asesoría médica pediátrica
por medio electrónico**

Por este medio autorizo al Dr. Everardo Treviño Ortiz, médico especialista en Ginecología y Obstetricia, cédula profesional 2394598, cédula de especialista 3279135, con subespecialidad en biología de la Reproducción, radicado en Cancún, Quintana Roo, con permiso para ejercer la profesión de manera libre en todo el territorio nacional; a tratar por medio electrónico a _____-referente a padecimientos leves y de bajo riesgo y que en caso de requerir consulta presencial y/o urgencias acudiré de inmediato según las instrucciones.

La asesoría incluye el historial clínico, exploración fotográfica y/ o interactiva, participación activa del tutor, receta virtual (no incluye medicamentos controlados) , así como indicaciones específicas vía correo electrónico.

La asesoría no implica una equivalencia a una consulta presencial tanto de la consulta externa, urgencias o hospitalización, implica un apoyo médico profesional para casos muy específicos que serán valorados previamente de acuerdo con la complejidad del caso de acuerdo a lo que se estipula en la página principal.

La comunicación se llevará a cabo por medio electrónico como se estipula en la página principal e implica cobro de servicios profesionales por medio de tarjeta de débito o crédito.

Autorizo

Nombre y firma