Modelo de consentimiento informado para documentación clínica asistida por IA (Chile)

Modelo orientativo. Sustituya el texto entre [corchetes] y elimine lo que no aplique. No sustituye la asesoría jurídica: revíselo con el área legal, el comité de ética o el delegado de protección de datos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE UNA HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Establecimiento / profesional responsable: [Nombre, razón social, dirección, correo de contacto]

Paciente: [Nombre completo] · **Documento:** [Tipo y número]

Representante legal (si aplica): [Nombre, documento y vínculo]

Lugar y fecha: [ ]

1. Para qué se usa. Durante su consulta, su profesional de la salud puede utilizar una herramienta de inteligencia artificial que [graba el audio / transcribe] la conversación para **preparar un borrador de la nota clínica** y de los documentos de la consulta, como [recetas, órdenes, resúmenes]. Así puede dedicarle más atención durante la visita.

2. Quién revisa y decide. El borrador lo revisa, corrige y aprueba su profesional antes de incorporarlo a su historia clínica. La herramienta **no toma decisiones clínicas** ni sustituye el juicio del profesional.

3. Qué información se trata. La conversación de la consulta y los datos de salud que usted comparta. Estos datos son sensibles y se protegen con las medidas de confidencialidad y seguridad que exige la ley.

4. Quién la procesa. La herramienta la provee [nombre del proveedor], que trata la información por cuenta de [establecimiento/profesional] y conforme a sus instrucciones. [Indique el país o la región donde se almacenan los datos, si el proveedor lo declara.]

5. Cuánto tiempo se conserva. El audio [se elimina tras generar la nota / se conserva durante [plazo]]. La transcripción [plazo]. La nota aprobada forma parte de su historia clínica y se conserva durante el plazo legal aplicable.

6. Usos que no se harán. Su información no se usará para fines distintos de los descritos sin su autorización. [Inserte aquí lo que su proveedor declare por escrito, por ejemplo: «El proveedor declara que los datos de pacientes no se utilizan para entrenar modelos de IA».]

7. Es voluntario. Puede aceptar o rechazar el uso de esta herramienta. **Si no acepta, su atención será la misma** y la nota se elaborará de la forma habitual.

8. Puede cambiar de opinión. Puede pedir que se detenga la grabación en cualquier momento de la consulta y retirar esta autorización más adelante [indicar cómo: correo, recepción, formulario]. Detener la grabación y eliminar información ya guardada son acciones distintas; si desea lo segundo, indíquelo.

9. Sus derechos. Puede solicitar acceso, rectificación, cancelación u oposición sobre sus datos en [canal]. Puede reclamar ante [autoridad de protección de datos del país].

10. Usos adicionales (opcionales). Marque solo si está de acuerdo:

☐ Autorizo el uso de la grabación o transcripción, sin datos que me identifiquen, con fines de **docencia**.

☐ Autorizo su uso con fines de **investigación**, previa aprobación de un comité de ética.

11. Cláusula legal (Chile). «Autorizo expresamente la grabación o transcripción de mi atención con la finalidad descrita, en resguardo de mi vida privada conforme al artículo 5 de la Ley 20.584. Esta aceptación quedará registrada en mi ficha clínica.»

Declaración. He recibido información clara sobre el uso de la herramienta, he podido hacer preguntas y:

☐ **Acepto** el uso de la herramienta de documentación asistida por IA en mis consultas con [profesional/establecimiento].

☐ **No acepto** su uso.

Firma del paciente o representante: _____

Profesional que informa (nombre, firma, n.º de registro profesional): _____

[Si su norma o institución lo requiere: firma de testigos]