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

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 (Perú). «Otorgo mi consentimiento previo, informado, expreso, inequívoco y por escrito para el tratamiento de mis datos sensibles de salud con la finalidad descrita, conforme al artículo 13 de la Ley 29733.»

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]