



PERÚ

Ministerio de Salud



# FORMATO DE SOLICITUD DE TELECONSULTA N° -2022

## I. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el personal de salud teleconsultante)

### 1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE

Fecha :	Hora :	Código RENIPRESS :		
Modalidad de Teleconsulta:	Fuera de línea	En línea: Simple	Telepresencia	Telejunta Médica

### 2. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos :		DNI (*) N°				
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: F M	N° Historia Clínica:	Cama N°		
Condición: SIS	Pagante	Otros:	Especificar: .....	UPSS Procedencia: Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
Dirección:	Distrito:	Provincia:	Departamento:			
Motivo de Solicitud de Teleconsulta:	Opinión médica	Especificar:	Opinión Médica Especializada	Especificar:		
Referencia:	Emergencia:	Otros:				
Relato Médico (Descripción de los hallazgos)		Diagnóstico:				
		Motivo de consulta:				

Examen físico:	P/A: /	FC: x'	FR: x'	Tº: x'	Peso: Kg.	Talla: cm
----------------	--------	--------	--------	--------	-----------	-----------

Tratamiento Actual:		Exámenes de Laboratorio (Relevantes):	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	

N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICOS	P	D	R
1					
2					
3					
4					
5					

### 3. DATOS DEL CONSULTANTE

Nombres y Apellidos:	Firma y sello:
Especialidad y/o Subespecialidad:	
Colegio profesional: CMP - RNE N°	

### PROGRAMACIÓN SOLICITADA POR TELECONSULTANTE (Para ser llenado por el teleconsultante)

Fecha programada:	Hora programada:		
IPRESS Teleconsultor:	HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO	Código RENIPRESS (Teleconsultor):	0520

(\*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Camé de extranjería o Cédula de identidad.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS**  
(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733)

**Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.**

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Declaro haber sido informado/a por: ....., para realizar una **teleconsulta** que consiste en remitir mi información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de videoconferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante: .....(\*) con el Centro Consultor: ..... (\*\*), para ser evaluado por un profesional de la salud.

El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se colecten en las sesiones de teleconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; así como que será informado antes del inicio de la videoconferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la teleconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleconsulta.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; **SI ( ) NO ( )** doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.

<input type="checkbox"/>	<b>Sí, consiento que sea grabado</b>	Imágenes de ayuda diagnóstica ( )		Fotografías ( )
<input type="checkbox"/>	<b>No, consiento que sea grabado</b>	Video ( )	Audio ( )	Todo ( )

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del Centro Consultante y del Centro Consultor, respectivamente.

Si deseo ejercer mis derechos reconocidos en la Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias ante alguno de los establecimientos de salud que participan en la teleconsulta, enviaré una comunicación escrita según corresponda:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico
(*)		
(**)		

Firma y Huella digital

Firma y sello del personal de salud del Centro  
Teleconsultante

(\*) **TELECONSULTANTE**  
(\*\*) **TELECONSULTADO**

## DATOS COMPLEMENTARIOS

PACIENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
PESO	
DNI ó ACTA DE NACIMIENTO	

PROCEDENCIA DEL PACIENTE	
DISTRITO	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	

DATOS DE LOS FAMILIARES EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE	
DNI	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE	
DNI	
TELEFONO DEL CONTACTO	

MEDICO RESPONSABLE	
NOMBRE	
ESPECIALIDAD	
COLEGIO PROFESIONAL	

MARCAR (X) EL MOTIVO DE LA TELECONSULTA	
(    )	TELEINTERCONSULTA PARA REFERENCIA
(    )	TELEINTERCONSULTA PARA ASISTENCIA TECNICA
