

FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°
SOLICITUD
I. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el personal de salud TELECONSULTANTE)

1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE									
Fecha :	Hora :	Nombre de IPRESS:				Código RENIPRESS (Teleconsultante):			
Modalidad de Teleconsulta		En línea:	Simple	Telepresencia	Telejunta				
2. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres y Apellidos :								N° Historia Clínica:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Género:	F	M	DNI(*):		Tipo de Seguro de Paciente:	
UPS de Origen:	Consulta externa	Hospitalización		Emergencia		N° de Seguro de Paciente:			
Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opinión médica Profesionales de salud		Opinión médica especializada		Especificar especialidad médica:				
					Especificar profesión solicitada:				
Contexto de la Solicitud de la Teleconsulta:		Paciente con solicitud de referencia		SI	NO				

Relato médico/ Examen físico:	P/A:	mmHg	FC:	x'	FR:	x'	T°:	x'	Sat O2:	%	Peso:	Kg.	Talla:

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					

4. DATOS DEL CONSULTANTE			
Nombres y Apellidos:			Firma y sello:
Personal de Salud:			
N° Colegio profesional/DNI (si aplica):			