



**GERENCIA REGIONAL DE SALUD**



*Juntos por la Prosperidad*

**FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N° 0 - 2020**

**RESPUESTA**

**PROGRAMACIÓN ACEPTADA POR TELECONSULTOR (Para ser llenado por el teleconsultor)**

Fecha programada:		Hora programada:		Tipo de Teleconsulta:	
IPRESS Teleconsultor:	<b>HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO</b>			Código RENIPRESS (Teleconsultor):	<b>5195</b>
IPRESS Consultante:				Código RENIPRESS (Consultante):	

**ATENCIÓN DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el teleconsultor)**

**1. REPUESTA DE TELECONSULTA**

Fecha :		Hora de Terminó:		Tiempo de Duración de Teleconsulta(H:mm):	
Modalidad de Teleconsulta:	Fuera de línea	En línea:	Simple <input checked="" type="checkbox"/> X	Telepresencia	Telejunta

**2. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos :		N° Historia Clínica:	
Fecha de Nacimiento :		Edad:	
	F	M	
	DNI(*):		Seguro de Paciente:

**Respuesta a teleconsulta (Descripción de los hallazgos)**

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

**RECOMENDACIONES / PLAN**

1		8	
2		9	
3		10	
4		11	
5		12	
6		<b>Paciente amerita ser referido:</b>	
7		SI	NO

**3. DATOS DE TELEESPECIALISTA:**

Nombres y Apellidos:		Firma y sello:
Profesional de Salud/Especialidad/Subespecialidad		
N° Colegio profesional/RNE:		