GERENCIA REGIONAL DE SALUD

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 :		Código RENIPRESS (Teleconsultante)		Nombre IPRESS (Teleconsultante)					
Modalidad de Teleconsulta:		Fuera de línea		En línea:	Simple		Telepresencia		Telejunta		

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos :									Nº Historia Clínica:		
Fecha de Nacimiento :		Edad:		F		M		DNI(*):		Seguro de Paciente:	
UPS de origen:	Consulta Externa		Hospitalización			Emergencia					

Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opinión médica		Opinión médica especializada		Especificar especialidad:
	Referencia:		Especificar:		Otros:

Relato médico:

Exámen físico:	P/A: /	FC: x'	FR: x'	Tº: x'	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					

3. DATOS DEL CONSULTANTE

Nombres y Apellidos:		**Firma y sello:**
Personal de Salud:		
N° Colegio profesional/DNI (si aplica):		

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

Fecha programada:		Hora programada:	
IPRESS Teleconsultor:		Código RENIPRESS (Teleconsultor):	