

**ANEXO N° 04: Formato de Consentimiento Informado para Teleorientación y
Telemonitoreo y Revocatoria de Consentimiento Informado de Teleorientación y
Telemonitoreo**

FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS Y LEGIBLES
Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Apellidos y Nombres:			
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:	Edad:	Fecha:	
N° de Historia Clínica:			
De ser el caso,			
Apellidos y Nombres del Apoderado o Representante Legal:			
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:			



L. M.A.C.


Declaro haber sido informado/a por: (Nombres y Apellidos del profesional responsable de la atención o del personal técnico, técnico y auxiliar asistencial de la salud si no hay un profesional)

, para realizar Teleorientación Telemonitoreo, pudiendo incluir una o varias sesiones con el profesional de salud de la IPRESS: _____, para que el paciente reciba recomendaciones del profesional de la salud según el motivo de la Teleorientación o Telemonitoreo.

Asimismo, la IPRESS gestiona la referencia, como resultado de la recomendación que dio el profesional de la salud.

Se me ha informado sobre el objetivo, procedimiento, las ventajas, riesgos potenciales y beneficios de la provisión de servicio de Teleorientación y/o Telemonitoreo. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas suficientes y aceptables; así como seré informado antes del inicio de la teleconsulta de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente para que pueda ingresar otro personal adicional de requerirse. La realización de la Teleorientación y/o Telemonitoreo será grabada por la IPRESS que realice el servicio.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente, doy mi consentimiento para que el acto médico o el acto de salud, según corresponda, se realicen, en mi presencia o incluso en mi ausencia.

Nombre y Firma de paciente o Apoderado o Representante Legal N° de DNI o Carné de extranjería:	 Huella digital
---	---

Firma y sello del profesional de la salud de la IPRESS