

 FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN DE TELEORIENTACIÓN Y TELEMONITOREO – FUAT											N°		0001	
I.SOLICITUD DE SERVICIOS (PARA SER LLENADO POR EL TELEORIENTADOR)														
() Teleorientación () Telemonitoreo (marque el tipo de servicio a brindar)														
1.DATOS DEL PACIENTE														
Nombre de IPRESS más cercana al domicilio (EESS y/o servicio médico de apoyo)				Fecha que solicita el servicio				Hora que solicita el servicio						
Nombres y apellidos:														
Edad:				Sexo:	F	M	DNI				Tipo de seguro del paciente:			
(*) En caso de no poseer DNI indicar pasaporte, carnet de extranjería o cédula de identidad.														
II.ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN O TELEMONITOREO														
2.1RESUMEN DE LA SOLICITUD														
Nueva:		Control:		N° de control:		1		2		>2				
Especificar especialidad(es):														
Otros:		Especificar:												
2.2BREVE RESUMEN CLÍNICO (antecedentes de importancia, enfermedad actual, anamnesis, examen físico ,impresión diagnóstica, tratamiento actual, exámenes de apoyo al diagnóstico)														
PA	mmHg	FC	X'	FR	X'	T°	X'	Sat O2	%	Peso:	Kg	Talla:		
Descripción de caso:														
*Para llenar cuando se requiera información complementaria solicitada al paciente: SI LO SUPIERA														
2.3.Tratamiento actual								2.4.Exámenes de apoyo al diagnóstico						
3.MOTIVO DE TELECONSULTA														
1														
2														
4.DATOS DE LA IPRESS CONSULTORA														
Nombre de IPRESS						CÓD. RENIPRESS:								
						Fecha del Telemonitoreo				Hora del Telemonitoreo				
5.DIAGNÓSTICO (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)														
N°	CIE 10		DIAGNÓSTICO							P	D	R		
1														
2														
6.RECOMENDACIONES/PLAN/INDICACIONES (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)														
1														
2														
7.DATOS DEL TELORIENTADOR														
Nombres y Apellidos:														
Tipo Profesional de Salud/Especialidad/Subespecialidad										Firma y sello				
N° Colegio Profesional/RNE														