

**FORMATO DE SOLICITUD DE TELECONSULTA N° .....**

**- AÑO: 20.....**

**I. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el personal de salud teleconsultante)**

**1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE**

Fecha :		Hora :		ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
Modalidad de Teleconsulta:	Fuera de línea	En línea:	Simple	Telepresencia	Telejunta Médica

**2. DATOS DEL PACIENTE**

APELLIDOS Y NOMBRES				N° CELULAR				DNI (*) N°																															
Fecha de Nacimiento:				Edad:				Sexo F				M				N° Historia Clínica:				Cama N°																			
Condición SIS				Pagante				Otros:				Especificar:.....				UPSS Procedencia:				Consulta Externa				Hospitalización				Emergencia											
Dirección:								Distrito:								Provincia:								Departamento:															
Motivo de Solicitud de Teleconsulta:								Opinión Médica								Especificar:								Opinión Médica Especializada								Especificar:							
Referencia:								Emergencia:								Otros:																							
Relato Médico (Descripción de los hallazgos)																Motivo de consulta:																							

Exámen físico:	P/A:	/	F	x'	FR:	x'	Tº:	x'	Peso:	Kg.	Tall	c
----------------	------	---	---	----	-----	----	-----	----	-------	-----	------	---

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:		<b>Firma y sello:</b>
Especialidad y/o Subespecialidad:		
Colegio profesional: CMP - RNE N°		

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

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

(\*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de identidad.