



FORMATO DE ATENCIÓN DE TELEINTERCONSULTA N°

SOLICITUD

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

1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE

Fecha :		Hora :		Código RENIPRESS (Teleconsultante):	
Modalidad de Teleinterconsulta:	Fuera de línea	En línea:	Simple	Telepresencia	Telejunta

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos :				N° Historia Clínica	
Edad:		Sexo:	F	M	DNI(*):
UPS de Origen:	Consulta externa	Hospitalización	Emergencia	Seguro de Paciente:	
Motivo de Solicitud teleinterconsulta:	Opinión médica	Opinión médica especializada	Especificar especialidad:		
	Otros	Especificar:			
Contexto de la Solicitud de la Teleconsulta: Paciente con solicitud de referencia SI NO					

Relato médico/ Exámen físico:	P/A:	mmHg	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					

4. 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):	

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

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

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

