



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS
(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Declaro haber sido informado/a por: para realizar una **teleconsulta** que consiste en remitir mi información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de videoconferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante: (*) con el Centro Consultor: **HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE** para ser evaluado por un profesional de la salud.

El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se colecten en las sesiones de teleconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; así como que será informado antes del inicio de la videoconferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la teleconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleconsulta.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; **SI () NO ()** doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.

<input type="checkbox"/> Sí, consiento que sea grabado	Imágenes de ayuda diagnóstica ()		Fotografías ()
<input type="checkbox"/> No, consiento que sea grabado	Video ()	Audio ()	Todo ()

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del Centro Consultante y del Centro Consultor, respectivamente.

Si deseo ejercer mis derechos reconocidos en la Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias ante alguno de los establecimientos de salud que participan en la teleconsulta, enviaré una comunicación escrita según corresponda:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico
(*)		
(**)		

Firma y Huella digital

Firma y sello del personal de salud del Centro
Teleconsultante

(*) TELECONSULTANTE
(**) TELECONSULTADO



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue



REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSETIMIENTO INFORMADO

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma y Huella digital</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	---

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante</p>

(*) TELECONSULTANTE
(**) TELECONSULTADO