



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima EsteHOSPITAL NACIONAL  
HIPÓLITO UNANUERed Nacional de  
TeleSalud  
Perú

## FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°

2020

## SOLICITUD

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

## 1. CENTRO TELECONSULTANTE

PRESS Teleconsultante:				Código RENIPRESS (Teleconsultante):				Nivel/Categoría:				
Fecha:			Hora:			Distrito/Provincia:				Departamento/Región		
Modalidad de Teleconsulta:	Fuera de línea / Asíncrona		En línea / Síncrona		Teleconsulta simple		Telepresencia		Telejunta Médica			

## 2. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:								N° Historia Clínica:						
Edad:			Sexo:	F	M	DNI (*):			Fecha de nacimiento:			Tipo de Seguro y Número de afiliación		
Pertenencia étnica (**)			UPSS de Origen:			Consulta externa			Hospitalización			Emergencia		
									UCI			Estrategia Sanitaria PCT		
Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opinión médica especializada			Apoyo al Diagnóstico			Menor capacidad resolutive para caso clínico en establecimiento de origen			Otros:				
Especificar especialidad(es) solicitada(s) para Teleconsulta:														

Contexto de la Solicitud de la Teleconsulta:	Solicitud de referencia:	SI	NO	Teleconsulta de control	SI	NO	Número de control	1	2	3	4	5
--	--------------------------	----	----	-------------------------	----	----	-------------------	---	---	---	---	---

Relato médico Exámen físico:	P/A:	/	mmHg	FC:	x'	FR:	x'	T°:	°C	Peso:	kg.	Talla:	cm	E. Glasgow:
---------------------------------	------	---	------	-----	----	-----	----	-----	----	-------	-----	--------	----	-------------

Red Nacional de  
TeleSalud  
Perú

Tratamiento actual:	Exámenes de Laboratorio o de Gabinete (Relevantes):
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICOS	P	D	R
1					
2					
3					
4					

## 4. DATOS DEL CONSULTANTE (Médico Solicitante)

Nombres y Apellidos:			
Personal de Salud:			
N° Colegio profesional:			
Firma y Sello del Profesional de la Salud Solicitante de la IPRESS Consultante:			

## 5. DATOS DEL PERSONAL DE TELESALUD Y TELEMEDICINA DE IPRESS SOLICITANTE

Nombres y Apellidos:			
Profesión:			