



N°:	
-----	--

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TELEMEDICINA (Para ser llenado por el teleinterconsultante)

1. DATOS DE LA IPRESS INTERCONSULTANTE

Nombre de IPRESS (Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo)		Código Único de RENIPRESS:	
		Fecha que solicita la Teleinterconsulta:	Hora que solicita la Teleinterconsulta:

2. DATOS DEL TELEINTERCONSULTANTE (personal de salud)

Nombres y Apellidos:			
N° Colegio profesional/DNI (si aplica):			
Fecha de atención de teleconsulta (sin paciente):	Hora:	Fecha de atención de teleconsulta con paciente y/o cuando lo solicita el Teleconsultor:	Hora:

3. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos :		DNI (*):	
Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N° de Historia Clínica	Seguro del Paciente
UPSS de Origen:	Consulta externa <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>
Otro especificar			

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

ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

4. RESUMEN DE LA SOLICITUD

Nueva	Control	Si	No	N° Control	1	2	> 2
Opinión médica	Opinión médica especializada	X		Especificar especialidad(es) a teleconsultar:			
Opinión de profesional de salud	Opinión de profesional de salud especializado						
Teleapoyo al diagnóstico	Especificar procedimiento:						
Otros	Especificar:						

5. BREVE 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	Tº	°C	Sat O2	Peso	Kg	Talla	cm
----	------	----	---	----	---	----	----	--------	------	----	-------	----

*Para llenar cuando se requiera información complementaria solicitada al teleconsultante

DX:

Tratamiento actual:	Exámenes de apoyo al diagnóstico

6. MOTIVO DE TELEINTERCONSULTA

1	EVALUACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
2	
3	
4	

7. DATOS DE LA IPRESS CONSULTORA

Nombre del IPRESS:		Código Único de RENIPRESS:	
		Fecha de la Teleinterconsulta:	Hora de la Teleinterconsulta:

8. DIAGNÓSTICO DE TELEINTERCONSULTA

N°	CIE 10	DIAGNÓSTICO	P	D	R
1					
2					
3					
4					

9. RECOMENDACIONES / PLAN / INDICACIONES QUE BRINDA AL TELECONSULTANTE

1	
2	
3	
4	
5	

10. REFERENCIA

Referencia evitada (Resuelta por To)	Referencia efectiva (aceptada)	Referencia en espera	Referencia suspendida	SI	NO
Otro especificar					
Manejo en IPRESS de origen con recomendación del Teleinterconsultor	SI	NO	Manejo en IPRESS de origen sin recomendación del Teleinterconsultor	Manejo conjunto por Teleinterconsulta	
Paciente amerita referencia	SI	NO	Se acepta la referencia	SI	NO

11. DATOS DE TELEINTERCONSULTOR

Nombres y Apellidos:		Firma y sello:
Profesional de Salud (Especialidad/Subespecialidad):		
N° Colegio profesional/RNE:		

12. DATOS DEL COORDINADOR DE TELESALUD TELEINTERCONSULTOR

Nombres y Apellidos:		Firma y sello:
Personal de Salud:		
N° Colegio profesional/DNI (si aplica):		