

**IPRESS TELECONSULTORA - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ DE SICUANI**  
**CRONOGRAMA DE TELECONSULTAS - JULIO 2019**

	<b>MARTES 2</b>	<b>MIERCOLES 3</b>	<b>JUEVES 4</b>	<b>SABADO 5</b>
	Neurología	Gastroenterología	Neurología	
12:00 A 13:00	Med. Neurologo Jose J. Centeno Arispe	Med. Gastroenterólogo Abdon Calla Ventura	Med. Neurologo Jose J. Centeno Arispe	
	Cardiología			Medicina Interna
14:00 A 15:00	Med. Cardiólogo David Perez Villafuerte			Med. Internista Juan Carlos Coyuri
	<b>MARTES 9</b>	<b>MIERCOLES 10</b>	<b>JUEVES 11</b>	<b>VIERNES 12</b>
	Cardiología	Gastroenterología	Neurología	Medicina Interna
14:00 A 15:00	Med. Cardiólogo David Perez Villafuerte	Med. Gastroenterólogo Abdon Calla Ventura	Med. Neurologo Jose J. Centeno Arispe	Med. Internista Juan Carlos Coyuri
	<b>MARTES 23</b>	<b>MIERCOLES 24</b>	<b>JUEVES 25</b>	<b>VIERNES 26</b>
	Neurología	Gastroenterología	Neurología	Medicina Interna
14:00 A 15:00	Med. Neurologo Hugo Fernandez Tito	Med. Gastroenterólogo Abdon Calla Ventura	Med. Neurologo Hugo Fernandez Tito	Med. Internista Juan Carlos Coyuri

# IPRESS TELECONSULTORA HOSPITAL QUILLABAMBA

<b>HORA : 12: 00 a 13:00</b>	<b>SABADO 06</b>	<b>SABADO 06</b>
	Ginecologia	Pediatría
	Dr. Luis Quispe Chavez	Dr. Carlos Ramos
	<b>JUEVES 11</b>	<b>VIERNES 19</b>
	Ginecologia	Ginecologia
	Dr. Luis Quispe Chavez	Dr. Julio Bejar Cuba
	<b>LUNES 22</b>	<b>MIERCOLES 31</b>
	Pediatría	Ginecologia
Dr. Alex Pro	Dr. Julio Bejar Cuba	

Para solicitar Teleconsultas contactar con:

Dr. Bernado Vergara Villegas : [bernardov\\_9@hotmail.com](mailto:bernardov_9@hotmail.com) -  
984005839

**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: ..... (\*\*), 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 seré 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"/> <b>Sí, consiento que sea grabado</b>	Imágenes de ayuda diagnóstica ( )		Fotografías ( )
<input type="checkbox"/> <b>No, consiento que sea grabado</b>	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**  
(\*\*) **TELECONSULTOR**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO 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/> Firma y Huella digital	
---------------------------------	--

<hr/> Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante
--

Se adjunta los formatos correspondientes, los cuales deben de ser enviados con 02 días de anticipación, al hospital teleconsultor.

**FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°**
**SOLICITUD**
**I. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el personal de salud TELECONSULTANTE)**
**1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE**

Fecha :	Hora :	Nombre de IPRESS:	Código RENIPRESS (Teleconsultante):
Modalidad de Teleconsulta:	En línea:	Simple	Telepresencia
		Telejunta	

**2. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos :			N° Historia Clínica:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género:	F	M	DNI(*):
UPS de Origen:	Consulta externa	Hospitalización	Emergencia	N° de Seguro de Paciente:	
Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opinión médica	Opinión médica especializada	Especificar especialidad médica: _____		
	Profesionales de salud	Especificar profesión solicitada: _____			
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'	T°:	x'	Sat O2:	%	Peso:	Kg.	Talla:

<b>Tratamiento actual:</b>	<b>Exámenes de Laboratorio (Relevantes):</b>
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):	

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

**FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°**
**RESPUESTA**
**ATENCIÓN DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el TELECONSULTOR)**

Nombre de IPRESS Consultante:

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos :

N° Historia Clínica:

Fecha de Nacimiento:

Edad

Género:

F

M

DNI(\*):

Tipo de Seguro de Paciente

UPS de Origen:

Consulta externa

Hospitalización

Emergencia

N° de Seguro de Paciente:

**2. REPUESTA DE TELECONSULTA**

Fecha :

Hora de inicio de la Teleconsulta:

Hora de fin de la teleconsulta:

Modalidad de Teleconsulta:

En línea:

Simple

Telepresencia

Telejunta

Respuesta a teleconsulta (Descripción de los hallazgos)

N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICOS	P	D	R
1					
2					
3					
4					
5					

**RECOMENDACIONES / PLAN**

1		8		
2		9		
3		10		
4				
5				
6		Paciente amerita ser referido: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI		NO		
7	Se acepta referencia en esta IPRESS: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO	
SI	NO			

**2. DATOS DE TELECONSULTOR**

Nombres y Apellidos:

Firma y sello:

 Profesional de Salud  
/Especialidad/Subespecialidad:

N° Colegio profesional/RNE:

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