


REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA TELEINTERCONSULTA AL INSN BREÑA

Actualizado 05-9-22

REQUISITOS BASICOS PARA AGENDAR UNA CITA:

1. Formato atención de Teleinterconsulta (FAT solicitante) o informe médico detallado. En ambos debe describir los resultados de laboratorio de manera cronológica.
2. Formato de Consentimiento Informado.
3. Formato de Datos Complementarios.
4. Foto nítida del DNI o Certificado de Nacido Vivo (CNV) del paciente.
5. Copia de solicitud REFCOM en pdf (Hoja de solicitud de Referencia virtual).
6. REFCOM aprobado por el médico auditor del INSN - Breña (Debe visualizarse de color verde).
7. SIS activo (Enviar pdf o captura de pantalla de las consultas en Línea del SIS)

 PERÚ Ministerio de Salud										HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	
1.- DATOS GENERALES											
FECHA	Día	Mes	Año	HORA	18:07:03	ENTIDAD ASEGURADORA	S.I.S	NRO. HOJA REFERENCIA	2084-00635		
	7	9	2020			CODIGO DEL ASEGURADO	2-91972183	NRO. HISTORIA CLÍNICA	555925		
COD. IPRESS		ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN				COD. IPRESS		ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA			
2084		HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2				8216		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO			
SERVICIO ORIGEN (UPs)						SERVICIO DESTINO (UPs)					
CONSULTA EXTERNA-CARDIOLOGÍA						CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR-CIRUGÍA CARDIACA					
2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
DNI	NOMBRE(S)			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO				
91972183	EMILY RAQUEL			AGUILAR			MONTALVAN				
FECHA NACIMIENTO	14/05/2020		EDAD	0 Año(s) 0 Mes(es) 24 día(s)		SEXO	FEMENINO				
DIRECCION						DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO			
SIN DATOS						PURIA	AYABACA	PACAPAMPAS			

AQUÍ AGREGAR CONSULTA EXTERNA DE LA ESPECIALIDAD SOLICITADA, POR EJEMPLO:

CONSULTA EXTERNA –NEFROLOGÍA

CONSULTA EXTERNA NEUROLOGÍA

CONSULTA EXTERNA CARDIOLOGÍA

OJO

El diagnóstico debe coincidir con la Especialidad solicitada para evitar Observaciones por auditoría.



Av. Brasil N°600 – Breña – Lima – Perú

Celular de Telesalud (Whatsapp): 934683253. Teléfono fijo: 3300066 anexo 6028

Mail: telesalud@insn.gob.pe / telemedicinainsn@gmail.com



EJEMPLO CORRECTO DE CONCORDANCIA DE DIAGNÓSTICO CON LA ESPECIALIDAD

NEONATOLOGÍA

•SEPSIS NEONATAL

CARDIOLOGÍA

•INSUFICIENCIA CARDIACA

EJEMPLO DE COMO NO SE DEBE COORDINAR LOS DIAGNÓSTICOS:

NEONATOLOGÍA

•SITUS INVERSO

CARDIOLOGÍA

•SEPSIS NEONATAL



- Además, en la Hoja de Referencia del REFCON debe especificar en el servicio destino (UPS): consulta externa y el nombre de la especialidad solicitada; así mismo, en el ítem Especialidad de destino: colocar también la especialidad solicitada. Así mismo, solicitamos en el ítem “Observaciones”, escribir manualmente: **ATENCIÓN POR TELEMEDICINA**.
- Por cada especialidad solicitada, se llenará una ficha REFCOM.
- Solo se aceptarán formato vigente difundido por DITEL, o con logo de la Institución solicitante; así como formato del INSN Breña.
- Enviar los documentos ordenados según requisitos en formato pdf, sugerimos escanearlos desde su celular con aplicativos gratuitos (Recomendamos ver este tutorial <https://www.youtube.com/watch?v=Y5rGmuhEYfA>).

REQUISITOS ADICIONALES DE ACUERDO A LA COMPLEJIDAD:

- Informe médico detallado: escaneo o fotos de historia clínica (anamnesis, examen físico, evolución clínica y/o tratamiento recibido), tablas de resumen de laboratorio, informe de imágenes radiológicas, tomográficas o resonancia magnética
- Fotos o videos relevantes del paciente de acuerdo al cuadro clínico
- Casos especiales, se recomienda de acuerdo a sus recursos disponibles enviar la siguiente información:
 - ✓ **Genética:** fotos de cara, orejas (delante y detrás), manos (palma), pies (planta), genitales, de cúbito ventral y dorsal, remolinos en cabeza, área sacra y foto de DNI de ambos padres.
 - ✓ **Dermatología:** fotos de buena calidad y cercanas a la lesión.
 - ✓ **Neurología:** videos de convulsiones, marcha o déficit motor. Además de imágenes o video TAC o RMN.
 - ✓ **Cardiología:** EKG, video de ecocardiograma.
 - ✓ **Gastroenterología:** si contara con endoscopia o colonoscopia, enviar videos de la misma.
 - ✓ **Emergencia y UCI:** Video de función respiratoria (esfuerzo respiratorio) y equipos de soporte, foto parámetros programados de ventilador mecánica.
 - ✓ **Reumatología:** Fotografía de la parte afectada.



REQUISITOS PARA SEGUIMIENTO O TELECONTROL DE LA MISMA ESPECIALIDAD:

1. Copia del FAT Rpta del INSN Breña.
2. Informe médico actualizado, según recomendaciones del especialista.
3. No requiere REFCON, siempre y cuando sea la misma especialidad.

HORARIO DE ATENCIÓN:

- RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES: Las 24 horas al correo telesalud@insn.gob.pe , telemedicinainsn@gmail.com y también al Sistema de mensajería de Whatsapp: 947487707 (enviar por los 3 medios)
- EVALUACIÓN DE PERTINENCIA DE SOLICITUD Y AGENDAR UNA CITA: lunes a viernes de 8:00 am a 14:00
- COORDINACIÓN PARA EXPEDIENTES DE PACIENTES CONTINUADORES (Nuevas teleinterconsultas, telecontrol o seguimiento): lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm.

RESPUESTA DE TELE INTERCONSULTA: Se enviarán al mismo correo electrónico que inició el proceso de Solicitud de atención.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

LIC. MARIA DEL CARMEN TAQUIA CUEVA
C.E.P. 16924/ R.E.E. 3084
Coordinadora de la Unidad de Telesalud
OEAIDE