|  |
| --- |
| FORMATO DE ATENCIÓN N° ( ) |

FAT DE SOLICITUD PARA TELEINTERCONSULTA AL INSN BREÑA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Solicitud de teleinterconsulta (Para ser llenado por el personal de salud)* | | | | | | | | | | |
| 1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE | | | | | | | | | | |
| Nombre del establecimiento de salud | |  | | | | | Departamento o Región | |  | |
| Fecha: |  | | Hora: | |  | | Código RENIPRESS (Teleconsultante) | |  | |
| Modalidad *(marcar con X):* | | | Sincrónica\* |  | Asincrónica\* |  | Telecontrol |  | Telejunta |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos |  | | | NÚMERO  DNI o CNV\*\* | |  | | | |
| Edad: |  | Sexo: | |  | | N° Seguro del Paciente | |  | |
| UPS de Origen:  *(marcar con X)* | | Consulta Externa |  | Hospitalización |  | Emergencia |  | Apoyo al Diagnóstico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. MOTIVO DE SOLICITUD | | | |
| Motivo de Solicitud de Teleinterconsulta | Opinión médica ( )  Referencia ( )  Apoyo al diagnóstico ( )  Otros ( ) | Especifique la o las especialidades que necesite: | 1. |
| 2. |
| 3. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. CONDICIONES DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | |
| **P/A:** | mmHg | **FC:** |  | **FR:** |  | **T°:** | °C | **Peso:** | Kg | **Talla:** | cm | **Saturación** | % |
| Relato médico / Antecedentes / Examen Físico / Evolución: | | | | | | | | | | | | | |

(\*) Síncrona: Comunicación directa en tiempo real. Asíncrona: Comunicación en tiempo diferido (off-line).

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento actual:** | | **Exámenes de laboratorio (Relevantes):** | |
| **1** |  | **1** |  |
| **2** |  | **2** |  |
| **3** |  | **3** |  |
| **4** |  | **4** |  |
| **5** |  | **5** |  |
| **6** |  | **6** |  |
| **7** |  | **7** |  |
| **8** |  | **8** |  |
| **9** |  | **9** |  |
| **10** |  | **10** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CIE -10** | **DIAGNOSTICO** | **P** | **D** | **R** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. DATOS DEL TELE CONSULTANTE (Personal de salud o Médico tratante) | | |
| Nombres y Apellidos |  | -----------------------------------  Firma y sello: |
| Personal de Salud: |  |
| N° Colegio  Profesional / DNI (si aplica) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HORARIO DISPONIBLES PARA AGENDAR LA TELEINTERCONSULTA SOLICITADA (para ser llenado por el teleconsultante o telesolicitante) | | | |
| Días: |  | Horario: |  |
| IPRESS Teleconsultor: | **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO BREÑA** | Código RENIPRESS  (Teleconsultor): | **6216** |