
REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA TELEINTERCONSULTA AL INSN SAN BORJA

- 1- Datos Complementarios.
- 2- Consentimiento Informado.
- 3- Formato de Solicitud de Teleinterconsulta.
- 4- Informe médico actual para todas las especialidades.
- 5- Fotos o videos relevantes del paciente de acuerdo al cuadro clínico.

Anexos necesarios, adicionales por especialidad:

6- Con la especialidad de Cardiología y Cirugía cardiovascular:

- Radiografía de tórax (la mas actual que no pase de 1 ss)
- Informe de ecocardiograma
- Video de ecocardiograma
- Pacientes con diagnóstico de Coartación aorta o Hipoplasia del arco aórtico, se requiere las presiones diferenciales de miembros superiores e inferiores.

7- Con la especialidad de Cirugía de Tórax:

- TAC O RMN (todas las ventanas)
- Radiografía de tórax (en orden cronológico, última placa que no pase de 1ss)
- Procedimientos realizados. (informes operatorios)

8- Con la especialidad de Neurocirugía:

- TAC O RMN
- Videos de convulsiones, fotos del pacto.
- Evaluación neurológica

9- Con la especialidad de Cabeza y Cuello

- Imágenes de apoyo al diagnóstico (ecografía, radiografía, Tomografía, RMN)

10- Con la especialidad de Hematología:

- Exámenes de laboratorio en orden cronológico

11- Con la especialidad de Quemados:

- Fotografías de la quemadura (sin vendaje).
- Laboratorio: Hb, Hematocrito, Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Electrolitos, AGA.
- Tratamiento recibido
- Hoja de Balance Hídrico

12- Con la especialidad de Cirugía Pediátrica

- Exámenes de apoyo al diagnóstico (laboratorio, radiografías, TAC, RMN)

- Procedimientos realizados. (informes operatorios)

13- Con la especialidad de Genética

- Fotos de cara, orejas (delante y detrás), manos (palma), pies (planta), genitales, de cúbito ventral y dorsal, remolinos en cabeza, área sacra.

A continuación, los formatos 1,2,3 ...

DATOS COMPLEMENTARIOS

PACIENTE	
NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
PESO	
DNI	

PROCEDENCIA DEL PACIENTE	
DISTRITO	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	

PROCEDENCIA DE FAMILIARES	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE	
DNI	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE	
DNI	
TELEFONO DE CONTACTO MADRE O PADRE	

MEDICO RESPONSABLE	
NOMBRE	
ESPECIALIDAD	

MARCAR (X) EL MOTIVO DE LA TELECONSULTA	
()	TELECONSULTA PARA REFERENCIA
()	TELECONSULTA PARA ASISTENCIA TECNICA

ESPECIALIDAD SOLICITADA (puede ser más de una)



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° 043 – INSNSB-DG-2017)

Yo,.....de.....años de edad, con domicilio en....., identificado con DNI N°.....,padre/madre/representante legal del menor:..... con DNI N°..... e Historia Clínica N°....., declaro haber sido informado(a) que la Teleconsulta que están proponiéndome, consiste en realizar una o varias sesiones de videoconferencia entre el profesional de salud de este Centro Consultante con el/los médico(s) especialista(s) del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA quien(es) podrán emitir opinión sobre el estado de salud del menor. También se me ha informado sobre los riesgos, complicaciones, ventajas y beneficios del procedimiento de Teleconsulta; así como de la confidencialidad de mis datos personales, los del menor que represento y del episodio asistencial que cursa. He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. Por tanto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; **SI () NO ()** doy mi consentimiento para que el problema de salud del menor al que represento sea abordado a través de una Teleconsulta y para que el personal de salud consultante comparta con el Tele-especialista la información contenida en su Historia Clínica, incluyendo de ser el caso, tomas fotográficas, de video o audio. Esta información podrá ser compartida en mi presencia o ausencia.

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

.....
 Firma o huella digital padre/madre/representante legal
 DNI N°.....

.....
 Firma y sello del profesional de la salud
 CMP N°.....

.....de....., 20.....

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,.....de.....años de edad, con domicilio en....., identificado con DNI N°.....,padre/madre/representante legal del menor:..... con DNI N°..... e Historia Clínica N°....., NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

.....
 Firma o huella digital padre/madre/representante legal
 DNI N°.....

.....
 Firma y sello del profesional de la salud
 CMP N°.....

..... de....., 20.....



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N° 0

SOLICITUD

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

1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE

Fecha :		Hora :		Código RENIPRESS (Teleconsultante):	
Modalidad de Teleconsulta:	Fuera de línea	<input type="checkbox"/>	En línea:	Simple	<input type="checkbox"/>
				Telepresencia	<input type="checkbox"/>
				Telejunta	<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos :				N° Historia Clínica:		
Edad:		Sexo:	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
		DNI(*):		Seguro de Paciente:		
UPS de Origen:	Consulta externa	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	X	<input checked="" type="checkbox"/>	
			Emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opinión médica	<input type="checkbox"/>	Opinión médica especializada	<input type="checkbox"/>	Especificar especialidad: _____	
	Otros	<input type="checkbox"/>	Especificar:			

Contexto de la Solicitud de la Teleconsulta:	Paciente con solicitud de referencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

Relato médico/ Exámen físico:	P/A:	FC:	x'	FR:	x'	T°:	x'	Peso:	Kg.	Talla:

Tratamiento actual:	Exámenes de Laboratorio (Relevantes):
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

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

4. DATOS DEL CONSULTANTE

Nombres y Apellidos:		Firma y sello:
Personal de Salud:		

N° Colegio profesional/DNI (si aplica):	
---	--

PROGRAMACIÓN SOLICITADA POR TELECONSULTANTE *(Para ser llenado por el teleconsultante)*

Fecha programada:		Hora programada:	
IPRESS Teleconsultor:		Código RENIPRESS (Teleconsultor):	