

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS en los espacios y guardar con el nombre del paciente.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:		F. Nacimiento:	Hora:
Domicilio:			
Departamento / Provincia / Distrito			

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 la información clínica del paciente que represento 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: **HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO (**)**, para ser evaluado por un profesional de la salud

El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales y los del paciente que represento de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud y los del paciente que represento y del episodio asistencial que cursa registrados en la 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 en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que puedan transferir estos datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios, riesgos y complicaciones del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. 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"/> Si, consiento que sea grabado	Imágenes de ayuda diagnóstica ()	Fotografías ()
<input type="checkbox"/> No, consiento que sea grabado	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	Dirección	Correo Electrónico
(*)		
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO (**)	Av. Mansiche N° 795 Urb. Sánchez Carrión Trujillo - La Libertad	telesalud@hrdt.gob.pe

Firma y Huella digital

Firma y sello del personal de salud del Centro
Teleconsultante

(*) TELECONSULTANTE
(**) TELECONSULTOR