



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Telesalud  
Referencias y Urgencias



### REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

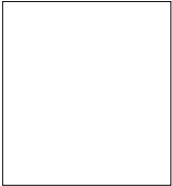
Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad		Edad:	Fecha:
Nº 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	

NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

<p>_____</p> <p>Firma y Huella digital</p>	
--	---

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