

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA ON LINE Y MANEJO DE DATOS.

**COMPLETAR CON LETRAS MAYUSCULAS Y LEGIBLES.
YO, (DATOS DEL PACIENTE)**

Apellidos y nombres			Fecha de atención: - - .
Con número de documento DNI, o carnet de extranjería.		Email:	Edad: Fecha de nacimiento: / / .
Historia clínica	N°	Celular de consulta:	

O en su defecto los...

Apellidos y nombres del apoderado o representante legal.			
Con número de documento DNI, o carnet de extranjería.			

Declaro haber sido informado/a por: el **Dr. Rubén L. Caparó Oblitas** para hacer Tele orientación o Telemonitoreo , pudiendo incluir una o varias sesiones con el dicho profesional de salud, para que el paciente reciba recomendaciones del profesional de la salud según el motivo de la Tele orientación o Telemonitoreo.

Se me ha informado sobre el objetivo, procedimiento, las ventajas, riesgos potenciales y beneficios de la provisión del servicio de Teleorientación y/o Telemonitoreo. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas suficientes y aceptables; así como será informado antes del inicio de la teleconsulta de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente para que pueda ingresar otro personal adicional de requerirse. La realización de la Teleorientación y/o Telemonitoreo será grabada por la IPRESS que realice el servicio. Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente, doy mi consentimiento para que el acto médico o acto de salud, según corresponda, se realicen en mi presencia o incluso en mi ausencia.



Huella digital



Dr. RUBÉN CAPARÓ OBLITAS
C.M.P. 26275 RE: 10810
NEURÓLOGO PEDIATRA
CENTRO NEUROLÓGICO INFANTIL

Firma del profesional
DNI 10616770

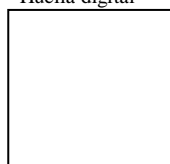
.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma de un facilitador.
DNI



Huella digital

REVOCATORIA



.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI:

