



Resolución Directoral

Santa Anita, 29 de Noviembre del 2018

VISTO:

El Memorando No. 289-DADG-HHV-18, y Expediente No. 18MP-16322-00;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 30421 – Ley Marco de Telesalud, se establece los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la Telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el sistema nacional de salud;

Que, el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector del sector salud, formula, planea, dirige, coordina, ejecuta, supervisa y evalúa la política nacional y sectorial de Telesalud, elaborando bajo dicho marco, el Plan Nacional de Telesalud, y asimismo define los estándares de calidad de la provisión de los servicios de Telesalud;

Que, mediante Memorando N° 274-DPSM-HHV-2018, de fecha 08 de noviembre de 2018, la Jefatura del Departamento de Promoción de la Salud Mental, presenta y solicita la aprobación del Formato de Atención de Teleconsulta, para el Proyecto Piloto de Teleconsulta, del Hospital Hermilio Valdizán;

Que, con Memorando No. 289-DADG-HHV-18, de fecha 09 de noviembre de 2018, la Dirección Adjunta de la Dirección General emite opinión favorable y solicita la aprobación del formato de atención de Teleconsulta Departamento de Promoción de la Salud Mental;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado con R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Departamento de Promoción de la Salud y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el FORMATO DE ATENCION DE TELECONSULTA - IPRESS CONSULTOR: HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, elaborado por el Departamento de Promoción de la Salud Mental, correspondiente al Proyecto Piloto de Teleconsulta.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,

GLCV.
Distribución:
SDG
PROMOCIÓN
DAJ
OCI
INFORMARTICA

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P. N° 21499 R.N.E. 12799

FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°										Región:		
1. SOLICITUD DE TELECONSULTA AL HHV (llenado por el personal de salud del Centro Consultante)												
1.1. DATOS DE LA SOLICITUD												
Fecha solicitud:		Hora:		Especialidad solicitada: Adultos:		Infantil:		Adicciones:				
IPRESS Consultante:						Cód RENIPRESS:						
UPS origen: Emergencia:		Hospitalización:		Consulta externa:		Solicita referencia: Si:		No:		Correo contacto		
1.2. DATOS DEL PACIENTE y APODERADO												
Nombres Paciente:						Historia Clínica:						
Edad:		Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>		DNI:		Ocupac Actual:		Seguro de Paciente:				
Lugar de nacimiento: País			Región:			Provincia:			Distrito:			
Grado de instrucción			Religión:			Etnia:			Idioma:			
Nombres Apoderado:						Parentesco:						
Edad:		Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>		DNI:		Teléfono						
Motivo de teleconsulta:	Opinión <input type="checkbox"/>		Especifique:									
	Referencia <input type="checkbox"/>											
	Otro <input type="checkbox"/>											
Relato clínico:												
Examen mental:												
Examen físico: PA. FC: FR: T°: Peso: Talla:												
Exámenes de laboratorio (relevantes) y medicación actual:												
N°	CIE 10	DIAGNÓSTICOS								P	D	R
1												
2												
3												
1.3. DATOS DEL TELECONSULTANTE												
Nombres y Apellidos:						Firma y sello:						
Profesional en:												
N° Colegio profesional/DNI:												
2. VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE TELECONSULTA (Para ser llenado por el Coordinador del Centro Consultor)												
Cuenta con consentimiento informado firmado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Fecha Programada:				Hora:				
Teleconsultor asignado:						Departamento						
Observaciones:												
3. ATENCIÓN DE TELECONSULTA (llenado por el Consultor)												
3.1. REPUESTA DE TELECONSULTA												
Respuesta a Teleconsulta:						Fecha Realizada:			Hora:			
Manejo Farmacológico:												
Manejo Terapéutico:												
Manejo Psicosocial:												
N°	CIE 10	DIAGNÓSTICOS								P	D	R
1												
2												
3												
RECOMENDACIONES / PLAN												
1						Seguimiento programado para la fecha:						
2						¿Consultor indica referencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
3						Personal de Referencia que coordina el caso:						
4												
3.2. DATOS DEL TELECONSULTOR del HHV												
Nombres y Apellidos:						Firma y sello:						
Profesión/Especialidad/Subespecialidad:												
N° Colegio profesional/RNE:												

(*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de identidad.