



**MED PREMIUM**  
MANEJO MÉDICO DEL ADULTO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS

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

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:

Con DNI o Documento de Identidad:

Edad:

Fecha:

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:

Con DNI o Documento de Identidad:

Declaro haber sido informado/a para realizar una teleconsulta que consiste en remitir mi información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones al médico consultor especialista en Medicina Interna: Daniel Gonzalo La Rosa Zambrano, para su respectiva evaluación y que en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se colecten en las sesiones de teleconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al médico que realiza la teleconsulta a tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el médico teleconsultor.

**Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.**

Consiento que sea grabado: Imágenes de ayuda diagnóstica ( ) Fotografías ( ) Video ( ) Audio ( ) Todo ( )

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales del médico consultor.

Firma y Huella digital del TELECONSULTANTE

---

Firma y sello del médico TELECONSULTOR

---

**REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Con DNI o Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:

\_\_\_\_\_

Con DNI o Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

Firma y Huella digital del TELECONSULTANTE

\_\_\_\_\_



Firma y sello del TELECONSULTOR

\_\_\_\_\_