

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  
**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO- TELEORIENTACIÓN**

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha solicitud :	Folio:	Unidad solicitante:	
Nombre:			Sexo:
			Edad:
Localidad :		Municipio:	
Dirección:		Telefono de contacto:	
DATOS DEL MÉDICO CONSULTANTE (LOCAL)			
Nombre completo:			
Cédula profesional:			
Área:			
DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA-INTERCONSULTANTE			
Nombre completo:			
Especialidad:		Área de servicio:	
Hospital interconsultado:		Fecha y hora:	
<p>Por este medio, otorgo el consentimiento a mi médico local para que comparta con el medico especialista la información contenida en mi expediente clínico, con el fin de que el médico especialista tengan un intercambio de opiniones técnico-médicas para la recomendación de mi diagnóstico, tratamiento y seguimiento más adecuado. Esta información será compartida al momento de la teleorientación en mi presencia, o tambien en mi ausencia mediante correo electrónico para solicitar la fecha y día de mi teleorientación. Los medios utilizados serán correo electrónico, ventana de conversación para videollamada ademas de otros recursos de voz e imagen. De ser necesario puedo retirar mi consentimiento, siempre y cuando sea previo a la teleorientación.</p> <p><b>Aviso de Privacidad de Datos Personales.</b></p> <p>La Secretaría de Salud de Veracruz (Dirección de Atención Médica), con domicilio en calle Soconusco # 31 Col. Aguacatal de esta ciudad de Xalapa, código postal 91130, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz, y demás normatividad que resulte aplicable.</p>			
_____		_____	
MÉDICO LOCAL FIRMA		TESTIGO NOMBRE Y FIRMA	
_____		_____	
RESPONSABLE DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA FIRMA O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA.		PACIENTE NOMBRE Y FIRMA	