



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:	Teléfono 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:	
Por este medio, otorgo el consentimiento a mi médico local para que comparta con el médico 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 también 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.		
Aviso de Privacidad de Datos Personales. 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.		

MÉDICO LOCAL FIRMA

TESTIGO NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
FIRMA O RESPONSABLE
DE LA UNIDAD MÉDICA.

PACIENTE NOMBRE Y FIRMA