



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 opciones 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>Aviso de Privacidad de Datos Personales.</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