



**PROGRAMA DE TELEMEDICINA.  
Orientación Clínica**

<b>ÁREA:</b>	<b>MEDICINA INTERNA</b>	<b>CONSULTANTES:</b>	<b>HOSPITALES DE LA RISS</b>
--------------	-------------------------	----------------------	------------------------------

**GENÉTICA**

Patologías/atenciones incluidas:	Asesoramiento genético
No incluye:	Pacientes que no reúnan todos los criterios anteriores.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Unidad que solicita teleorientación:** \_\_\_\_\_

**Impresión diagnóstica:** \_\_\_\_\_

**Caso presentado por:** Médico Internista \_\_\_\_\_ Médico General \_\_\_\_\_

**Nombre del Médico que presenta:** \_\_\_\_\_

Requisitos:		SI	NO
1	Resumen Clínico		
2	Estudios complementarios previamente solicitados		
3	En pacientes embarazadas: USG obstétrico genético		

\*Estudios de acuerdo a disponibilidad.

\*\* Vigencia máxima para estudios de laboratorio: 1 semana.

Vigencia máxima para estudios de imagen: 2 semanas.



**Fecha y hora de la cita asignada:** \_\_\_\_\_