



Programa de Telemedicina. Orientación Clínica

Fecha de solicitud: _____

ESPECIALIDAD

MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGIA

DATOS DE LA UNIDAD SOLICITANTE

Unidad solicitante: _____ Servicio: _____

Nombre del responsable: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

DATOS CLINICOS

Impresión diagnóstica:

DIAGNOSTICO

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

	Resumen Clínico (para todos los casos)					
Cardiopatía isquémica	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>	EKC	<input type="checkbox"/>	Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>			Niveles basales de insulina	<input type="checkbox"/>
	Albumina en orina	<input type="checkbox"/>			Creatinina en orina	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>	BNP	<input type="checkbox"/>	Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>	EKC	<input type="checkbox"/>	Creatinina en orina	<input type="checkbox"/>
	Albumina en orina	<input type="checkbox"/>			Anticuerpos Anti Trypanosoma Cruzi	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>	BNP	<input type="checkbox"/>	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>
	EKC	<input type="checkbox"/>				
Cardiopatía isquémica	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	QS	<input type="checkbox"/>	EKC	<input type="checkbox"/>	Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>			Creatinina en orina	<input type="checkbox"/>
	Albumina en orina	<input type="checkbox"/>				
Fibrilacion auricular	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>			Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>			Electro cardiograma donde se documente	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardiaca	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>			Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>			Electro cardiograma donde se documente	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardiaca	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos desglosado	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	QS	<input type="checkbox"/>			Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>			Electro cardiograma donde se documente	<input type="checkbox"/>
Valvula protesica	TP	<input type="checkbox"/>	TTP	<input type="checkbox"/>		INR <input type="checkbox"/>
Mecanica						
Portador de marcapaso	BH	<input type="checkbox"/>	ES	<input type="checkbox"/>	Perfil de lípidos	<input type="checkbox"/>
	QS	<input type="checkbox"/>	BNP	<input type="checkbox"/>	Hemoglobina glucosilada	<input type="checkbox"/>
	Rx de Tórax	<input type="checkbox"/>	EKC	<input type="checkbox"/>	Creatinina en orina	<input type="checkbox"/>

