



PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Orientación clínica

Área: **CIRUGIA GENERAL**

Consultantes: **CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES DE LA RISS CENTRO 2**

CIRUGIA MAXILOFACIAL

Patologías/atenciones incluidas: Labio y paladar hendido
Fracturas faciales
Tumores orofaciales

Nombre del paciente: _____

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 actualizado		
2	BH, QS, TP, TTP, GPO Y RH *Vigencia máxima para estudios de laboratorio: 1 semana		
3	TAC cerebral y macizo facial o zona de interes		

Fecha y hora de la cita asignada: _____

Autoriza: _____

Nombre, firma y sello de la unidad