



PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Orientación clínica

Área: PEDIATRIA

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

CIRUGIA PEDIATRICA

Patologías/atenciones incluidas: Apendicitis (Urgencia) quiste tirogloso
Hernia inguinal/ umbilical
Fimosis
Testículo no descendido

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Unidad que solicita teleorientación: _____

Impresión diagnóstica:

Caso presentado por: Médico internista Médico general

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	Estudios de gabinete USG,TAC,RX		

Fecha y hora de la cita asignada: _____

Autoriza:

Nombre, firma y sello de la unidad