



PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Orientación clínica

Área: DERMATOLOGIA

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

Patologías/atenciones incluidas: Acné
Vitílico
Psoriasis Dermatitis seborreica
Dermatitis atópica

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, tratamiento previo y tiempo de tratamiento		
2	BH, QS, TP, TTP, GPO Y RH *Vigencia máxima para estudios de laboratorio: 1 semana		
3	Enviar imágenes con buena iluminación y enfoque por whatsapp de 15- 20 cm de la zona afectada.		

Fecha y hora de la cita asignada:

Autoriza:

Nombre, firma y sello de la unidad