



## PROGRAMA DE TELEMEDICINA

### Orientación clínica

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

Patologías/atenciones incluidas: Acné  
Vitiligo  
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 ☐

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