



PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Orientación clínica

Área: **CIRUGIA GENERAL**

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

NEUROCIRUGIA

Patologías/atenciones incluidas: Tumores
Lesiones de columna
Traumatismos craneales no graves

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		
2	BH, QS, TP, TTP, GPO Y RH *Vigencia máxima para estudios de laboratorio: 1 semana		
3	TAC cerebral RM en caso de lesiones de columna		

Fecha y hora de la cita asignada: _____

Autoriza: _____

Nombre, firma y sello de la unidad