



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 medico 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