



Programa de Telemedicina. Orientación Clínica

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD**  
**MEDICINA INTERNA**

**DATOS DE LA UNIDAD SOLICITANTE**

Unidad solicitante: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**DATOS CLINICOS**

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO**

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Resumen Clínico (para todos los casos)

☐

**Diabetes Mellitus**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ Perfil de lípidos ☐  
Hb A1C ☐

**Hipertensión Arterial**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ Perfil de lípidos ☐  
Hb A1C ☐ Tele de tórax ☐ Electrocardiograma ☐

**Dislipidemias**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ Perfil de lípidos ☐  
Hb A1C ☐

**Síndrome Metabólico**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ Perfil de lípidos ☐  
Hb A1C ☐ Tele de tórax ☐ Electrocardiograma ☐

**Artritis Reumatoide**

BHC ☐ PCR ☐ VSG ☐ AST ☐ ALT ☐  
Factor reumatoide ☐ Ácido úrico ☐ Anticuerpos Anti CCP ☐  
Radiografía dorso palmar y oblicuas de ambas manos ☐

**Miopatías**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ CPK ☐

**Inflamatorias**

Aldolasa ☐ Electromiografía (opcional) ☐ Biopsia de músculo deltoide (opcional) ☐

**Espondiloartritis**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ CPK ☐  
PCR ☐ VSG ☐ HLA B27 ☐  
Radiografía de Sacroilíacas en posición de rana ☐

**Artropatía por**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐ Perfil de lípidos ☐

**Cristales**

Radiografía según región afectada ☐ Ácido Úrico ☐

**Vasculinitis**

BHC ☐ QS ☐ PFH ☐ EGO ☐

**Primarias**

Depuración de creatinina en orina de 24 horas ☐  
Antiduerpos antinucleares, Anti DNAs, C3, C4, P-ANCA, C-ANCA ☐