



## Programa de Telemedicina. Orientación Clínica

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

### ESPECIALIDAD ODONTOPIEDIATRÍA

#### PATOLOGIAS / ATENCIÓNES INCLUIDAS

Control de conducta pediátrica Extensión de lesiones (caries en el menor de 5 años)  
Paciente comprometido sistématicamente Traumatismo dento alveolar

#### DATOS DE LA UNIDAD SOLICITANTE

Unidad solicitante: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PACIENTE

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

#### DATOS CLÍNICOS

Impresión diagnóstica:

#### REQUISITOS

1. Resumen clínico (referencia) previamente enviado
2. Fotografías
3. Radiografías

Periapicales (mínimas)

Panóramica en los últimos 15 días

