



Programa de Telemedicina. Orientación Clínica

Área: Pediatría

Consultantes: Centros de salud y hospitales

Genética

Patologías/atenciones incluidas: Displasia ósea, Acondroplasia, etc. (Asesoramiento Genético)

No incluyen los casos que: No reúnan los criterios solicitados.

Requisitos

Nombre del paciente: _____ **Edad:** _____

CURP del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Datos de la unidad que solicita tele orientación: _____

Impresión Diagnóstica: _____

Caso presentado por: Médico tratante

Requisitos/Patología	
1	Resumen clínico detallado y dirigido
2	Estudios de laboratorio de acuerdo a patología. ** (Con base a Guías de Práctica clínica).
3	USG Obstétrico genético (embarazadas)
4	Tratamiento previo

** Vigencia máxima para estudios de laboratorio y estudios de Imagen, 2 MESES

Fecha y hora de la cita asignada: _____