FORMULARIO CONSULTA OCD HZPM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospital de Origen: Fecha de consulta: / /**  **Provincia:** | | | | | | | | |
| **Apellido/s y nombre/s del médico tratante :**  **Cargo hospitalario del médico tratante : Número de matrícula :** | | | | | | | | |
| **Datos del paciente** | | | | | | | | |
| **Apellido/s y nombre/s:** | | | | | **DNI:….** | | | |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | **Nacionalidad:** | | | |
| **Dirección (residencia):** | | | | | **Provincia:** | | | |
| **Localidad:** | | | | | **Teléfono:** | | | |
| **Celular:** | | | | | **Correo electrónico:** | | | |
| **N° Historia Clínica Local:** | | | | | **N° Historia Clínica HZPM:** | | | |
| **Obra Social** | | | | | | | | |
| **Nombre de la Obra Social:** | | | | |  | | | |
| **Nº afiliado (Paciente)** | | | | |  | | | |
| **Nombre de Titular:** | | | | |  | | | |
| **Nº afiliado Titular:** | | | | |  | | | |
| **Padre** | | | | | **Madre** | | | |
| **Apellido/s y nombre/s:** | | | | | **Apellido/s y nombre/s:** | | | |
| **DNI:** | **Fecha de nacimiento:** | | | | **DNI:** | | **Fecha de nacimiento:** | |
| **Asistido previamente en este Hospital: Sí No** | | | | | | | | |
| **Motivo de consulta:** | | | | | | | | |
| **Paciente: Ambulatorio Hospitalizado**  **Estado actual:** | | | | | | | | |
| **Datos de laboratorio relevantes :** | | | | | | | | |
| **Otros estudios:**  ECG | | ECO | EEG | Rx | | TAC | | OTROS: |
| **Sospecha diagnóstica en su hospital:** | | | | | | | | |
| **Tratamiento efectuado:** | | | | | | | | |
| Se interpretarán los datos clínicos y de estudios enviados de su paciente, pero es necesario que realice sus **PREGUNTAS** sobre la consulta para responder con claridad y hacer efectiva la consulta  Pregunta 1:  Pregunta 2:  Pregunta 3:  **La presente propuesta se realiza en base a datos informados por ese centro.**  **Evalúe si la ejecución de la misma resulta adecuada para el paciente en consulta.**  **Tenga en cuenta que hay un plazo mínimo estipulado en 72 hs hábiles para responder.**  **Recordamos que las consultas deben reunir las siguientes condiciones:**   * Estar confeccionadas en el Formulario de Consulta. * No corresponder a pacientes en situación de emergencia o inestables. * Incluir un solo paciente por formulario. * No solicitar derivaciones para internación. * Debe dirigirse el formulario completo por mail a la ODC: [ocdytelesaludhzpm@gmail.com](mailto:ocdytelesaludhzpm@gmail.com) * Archivar este formulario, el consentimiento informado y la respuesta en la HC local. | | | | | | | | |

[[1]](#footnote-1)

1. Referente Médica pediátrica: Dra. Daniela Carmona

   Oficina de Comunicación a Distancia y Telesalud - Hospital Zonal de Puerto Madryn "Dr. Andrés Ísola"

   Teléfonos: +54 0280 44 51999/ 44 73445/ 44 72881/ 44 51034. Red Privada de Gobierno: 6881/ 6034.

   Interno: 1160. [↑](#footnote-ref-1)