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 consultaPregunta 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
* 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)