

INGRESO SOLICITUD INTERCONSULTA.

*Campo Obligatorio

FOLIO Nº *Fecha de Solicitud Hora: (hh:mm)

*1. Servicio de Salud *2. Establecimiento

*Unidad *3. Especialidad

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

[Ver más datos del Paciente](#)

RUN Nombre

DATOS CLÍNICOS

17. Se deriva para ser atendido en:

* Servicio de Salud * Establecimiento
 * Unidad * Especialidad

* Derivada Para :

- Confirmación Diagnóstica Control de Especialidad
 Realizar Tratamiento Otro
 A seguimiento

*18. Hipótesis diagnóstica

MASA EN BASE CERVICAL POSTERIOR

*19. ¿Sospecha problema de salud AUGE?

Si No

Colo y cuello

20. Fundamento del diagnóstico

LARGA DATA - SIN CRECIMIENTO RAPIDO LIPPOMA?

21. Exámenes realizados

Fecha de Indicación Confirmacion Diagnostica

Seleccione Unidad de Tiempos
Cantidad Unidad de Tiempo

DATOS DEL PROFESIONAL

*RUT
 Nombres Apellidos

MARURI

Centro Clínico Universitario

Nombre: Luis Fernando Godoy Edad:

Rut: [REDACTED] Ficha: [REDACTED] Fecha: 28/0/11

Anamnesis:
Paciente con ppa en hipor en región cen. ca /
post. Recidivado

Examen Físico Médico
Tumor oval de 10 x 10 cm reductible
no adherido.

Diagnostico:
hipo en región cen. ca / post. Recidivado
de ppa

Exámenes Pre operatorios:

Otros:

Hemograma:

Protrombina:

Glicemia:

Grupo y RH:

Albuminas y Proteínas Totales:

Imagenología:
.....
.....

Plan:
TC
.....

T

PA

1.- USO DEL MEDICO TRATANTE: **ORDEN DE INTERVENCION QUIRURGICA**

(Usc U. de Admisión)

Nombre del Paciente: Día Mes Año
 Apellido Paterno: FUENZALIDA Apellido Materno: GODOY Nombres: LUIS FECHA DE EMISION DE LA ORDEN: 28/10/11

RUN: [REDACTED] Día Mes Año
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/52 EDAD: 59

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y PATOLOGIA(S) ADICIONAL(ES)
Gm Lipoma Apioacervical Rest.

TIPO DE INTERVENCION: tumorectomía CODIGO FONASA

REQUIERE HOSPITALIZACION: Si No PRIORIZACION MEDICA
 Alta: Relativa: Baja:

Nombre del Médico Tratante: _____
 ESPECIALIDAD: _____ Firma: _____

2.- USO UNIDAD DE ADMISION:

CLASIFICACION PREVISIONAL FONASA

X						
A	B	C	D	Otros (Indicar)		

Nombre del Imponente: (Llenar sólo si el paciente es carga Familiar)
FUENZALIDA GODOY LUIS Nombres: [REDACTED]

RUN. del Imponente: [REDACTED] Fono Paciente: [REDACTED] Casa: [REDACTED] Otros: [REDACTED]

Domicilio del Paciente _____
 Calle o Pasaje: _____ N°: _____ Depto.: _____ Poblac. o Villa: _____

Nombre del funcionario responsable de la información: _____ Firma: _____

FECHA DE INGRESO A LISTA DE ESPERA: _____ (Uso U. Estadística)

3.- USO DE UNIDAD O SERVICIO CLINICO:

FECHA DE HOSPIT.: Día Mes Año
 (Cuando corresponda) _____ SALA: _____ Nº CAMA: _____

CAUSAL ELIMINACION LISTA ESPERA (cuando corresponda)
 _____ Aporte Dadores Sangre
 Nº: _____

Nombre del funcionario responsable de la información: _____ Firma: _____

4.- USO PABELLONES QUIRURGICOS:

INTERVENCION QUIRURGICA _____ FECHA: _____ HORA: _____
Inicio: _____ Término: _____

PA