GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO Nº _____

FECHA SOLICITUD: Día 28 Mes 09 Año 2007

HORA

Debe ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud

2. Establecimiento: A. Salvador

3. Especialidad

4. Unidad: S. Urgencia

Urgente

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

5. Nombre: [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido Materno [redacted] Nombres

6. Historia Clínica

7. RUT. [redacted]

8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario

9. Sexo: (Marcar con X) [X] Masculino [ ] Femenino

10. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Hora

11. Edad: [X] Años [ ] Días 30 a [ ] Meses [ ] Horas

12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

13. Comuna de Residencia

14. Teléfono 1

15. Teléfono 2

16. Correo Electrónico

DATOS CLINICOS

Para ser llenado por el profesional que solicita la interconsulta o derivación

17. Se deriva para atención en: Establecimiento: Hosp. Salvador.

18. Especialidad: Dermatología

19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica [ ] Seguimiento [ ] Realizar Tratamiento [ ] Otro [ ] Especificar →

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)

✓ Hepatitis B
✓ obs. sífilis secundaria ??

Pac con antecedentes de enf. venéreas a repetición y conductas riesgo (+)
Hace 4 meses c/ máculas en brazos y piernas, enfermedades cromáticas, lesion. pruriginosas de (x) diferente.
Hace ± 10 días secreción x uretra serb. pendiente s/ respuesta a TB.

21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? NO [ ] SI [ ] Especificar Problema

22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)

23. Fundamentos del diagnóstico: Solicito evaluac x especialista atte a UD.

24. Exámenes realizados

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25. Nombre: Novoa Apellido paterno Rojas Apellido Materno Raul Nombres

26. RUT. _____

Firma Profesional

[redacted]