

ESTABLECIMIENTO _____		LOCALIDAD _____					
APELLIDO PATERNO _____		MATERNO _____		NOMBRES _____		Nº HISTORIA CLINICA _____	
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	ESTADO CIVIL			OCUPACION ACTUAL
DIA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	S.	C.	V.	D. U.L.
SERVICIO _____		SALA _____		CAMA _____	CONSULTA EXTERNA _____	FECHA ADMISION _____	MEDICO SOLICITANTE _____

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

SERVICIO CONSULTADO _____	FECHA _____	NOMBRE DEL MEDICO CONSULTADO _____
---------------------------	-------------	------------------------------------

SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HALLAZGOS DE LABORATORIO y/o EXAMENES COMPLEMENTARIOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SE SOLICITA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INFORME DE INTERCONSULTA

CRITERIOS CLINICOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PROBABLE \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES \_\_\_\_\_

FECHA

FIRMA DEL MEDICO CONSULTADO