**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marque con una X):  Nuevo: Seguimiento:  Nombre del médico tratante:  Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Año de nacimiento/edad | Raza |

|  |  |
| --- | --- |
| Estado civil | Departamento de origen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedencia | ASSE | FEMI | | IAMC | OTRO |
| Diagnóstico: | | | Fecha de diagnóstico: | | |

Breve presentación del problema de salud a priorizar

|  |
| --- |
|  |

Tratamientos realizados (especificar tratamiento y fechas):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Otros problemas de salud identificados u otras aspectos que considere importante para lo priorizado

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Estudios que considere importantes mencionar (paraclínica, imagen, endoscópicos, etc.):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicacion actual | Dosis/Intervalo | Vía |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Motivo de presentación del caso (¿qué dificultad le presenta el presente caso clínico?)

|  |
| --- |
|  |

Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda:

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyectoechouruguay@fmed.edu.uy](mailto:proyecto.echo.uruguay@gmail.com)**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**

**Recomendamos descargar el Consentimiento Informado del Paciente antes de realizar la presentación del caso en el Proyecto ECHO. El mismo debería adjuntarse a la historia clínica de su paciente.**