**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos patronímicos** | |
| Edad |  |
| Dominancia |  |
| Procedencia |  |
| Nivel de instrucción |  |
| Ingresos formales o informales |  |
| Vivienda |  |
| Núcleo de convivencia – redes de importancia |  |
| Otros datos patronímicos de relevancia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antecedentes personales** | |
| Médicos: |  |
| Quirúrgicos: |  |
| Traumáticos: |  |
| Hábitos tóxicos: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antecedentes funcionales** | |
| Funciones básicas de autocuidado |  |
| Movilidad |  |

|  |
| --- |
| **Descripción de la situación clínica actual del paciente** |

|  |
| --- |
| **Examen físico** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Funcionalidad actual** | |
| Funciones basicas de autocuidado |  |
| Movilidad |  |

|  |
| --- |
| **Paraclínica** |

|  |
| --- |
| **Plan de tratamiento actual** |

|  |
| --- |
| **Problemas o interrogantes acerca del manejo de paciente** |

**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.**