**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO - CONSULTAS HEMATOLÓGICAS FRECUENTES**

|  |
| --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| Fecha de diagnostico |

|  |
| --- |
| ENFERMEDAD ACTUAL |
| ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL |
| ANTECEDENTES PERSONALES |
| ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (si corresponde) |
| ANTECEDENTES FAMILIARES |
| ESTUDIOS REALIZADOS |
| EN SUMA DIAGNÓSTICO |
| PREGUNTAS QUE DESEA QUE EL EQUIPO DE ECHO LE RESPONDA |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyecto@echo.fmed.edu.uy](mailto:proyecto@echo.fmed.edu.uy)**. 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.**