

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ÁREAS CRÍTICAS
UNIDAD DE URGENCIAS RESPIRATORIAS

Fecha de solicitud:

D	M	A	Hora:
---	---	---	-------

Hospital solicitante:

Público ☐

Privado ☐

Solicitud de:

Interconsulta ☐

Traslado ☐

Ficha de identificación del paciente

Nombre del paciente:

Apellido paterno

Materno

Nombre (s)

Fecha de nacimiento
(día/mes/año):

Edad:

Genero:

Servicio al que solicita la interconsulta:

Neumología ☐

Neumología pediátrica ☐

Cirugía ☐

Otorrinolaringología ☐

Motivo de la Interconsulta:

Fecha de ingreso al hospital:

Resumen Clínico:

Descripción de estudios médicos:

Imagen: ☐

Laboratorios: ☐

Gasometría: ☐

Ekg: ☐

Cultivos microbiológicos: ☐

*Se adjuntan archivos de los estudios de las últimas 24 horas.

Enviar al correo electrónico: urgencias@iner.gob.mx

Teléfonos: 55-5487-1715 o 55-5487-1700 Ext. 5226.

Nombre y firma del médico tratante

Unidad hospitalaria de procedencia

Nombre y firma del Jefe de Servicio

Unidad hospitalaria de procedencia

Datos de contacto

Correo electrónico:

No. telefónico: