

Hospital que solicita la interconsulta: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Genero: _____

Nombre y firma del médico solicitante	Nombre y firma del Jefe de Servicio

Fecha de ingreso al hospital

Fecha de interconsulta

Fecha de elaboración del resumen clínico

Índice tabáquico: _____

Alergias (especificar): _____

HAS DM II Quirúrgicos

Diagnósticos previos

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| EPOC <input type="checkbox"/> | ASMA <input type="checkbox"/> | NEUMOPATÍA INTERSTICIAL <input type="checkbox"/> |
| SAHOS <input type="checkbox"/> | SIDA/VIH <input type="checkbox"/> | TEP <input type="checkbox"/> |
| CA PULMONAR <input type="checkbox"/> | COR PULMONALE <input type="checkbox"/> | PATOLOGÍA AUTOINMUNE <input type="checkbox"/> |

QX . PULMONAR (Especificar): _____

Signos vitales previos TA. _____ FR. _____ FC. _____

Antibióticos administrados: _____

Diagnósticos neumológicos actuales

- | | | |
|---|---|---|
| NEUMONÍA COMPL. <input type="checkbox"/> | CA PULMONAR <input type="checkbox"/> | TEP <input type="checkbox"/> |
| SX RENO-PULMONAR <input type="checkbox"/> | EPOC DESCOMPENSADO <input type="checkbox"/> | HEMOPTISIS <input type="checkbox"/> |
| CRISIS ASMÁTICA <input type="checkbox"/> | ABSCESO PULMONAR <input type="checkbox"/> | EMPIEMA <input type="checkbox"/> |
| MEDIASTINITIS <input type="checkbox"/> | NEUMOPATÍA INTERS. DESCOMP <input type="checkbox"/> | HEMO-NEUMOTÓRAX <input type="checkbox"/> |
| NEUMONÍA ATÍPICA <input type="checkbox"/> | NEUMOTÓRAX <input type="checkbox"/> | SONDAS-ENDOTORÁCICAS <input type="checkbox"/> |

Signos vitales previos TA. _____ FR. _____ FC. _____

Temperatura: _____ Oximetría de pulso: _____

Diagnósticos secundarios actuales

- | | | |
|--|---|--|
| Insuf. Renal Crónica <input type="checkbox"/> | DM Descompensada <input type="checkbox"/> | STD <input type="checkbox"/> |
| Insuf. Renal Aguda <input type="checkbox"/> | Insuficiencia Cardíaca <input type="checkbox"/> | Insuf. Hepática <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatía Isquémica <input type="checkbox"/> | | |

Fecha de intubación: _____ Parámetros: _____

Estudios de laboratorio actuales incluyendo gasometría arterial:

Interpretación de estudios de imagen reciente:

Cuadro Clínico de ingreso y estado actual:

Motivo de solicitud de interconsulta:

Este resumen es necesario para conocer el estado clínico del paciente y decidir, de acuerdo a los datos integrados en el documento, si requiere valoración física en el Instituto o si con el llenado del presente es posible ofrecer algunas medidas que mejoren sus condiciones clínicas. Esta valoración no compromete al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas a internar al paciente; ello dependerá de lo que el paciente requiera, en correspondencia a los parámetros comentados y a la disponibilidad de camas.

Si después de la valoración no se considera necesario o conveniente su seguimiento en alguna área de hospitalización de este Instituto, el paciente se trasladará de regreso a la Unidad Hospitalaria de procedencia.

Todos los que intervenimos en este proceso estamos enterados (as) y aceptamos de conformidad que la ambulancia y el personal que en ella traslada al paciente, deberá permanecer dentro de las instalaciones de este Instituto en espera de la decisión definitiva hasta finalizar su evaluación médica integral y a trasladarlo de regreso a la Unidad Hospitalaria de procedencia, si así se decide después de la valoración médica realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas.

Nombre y firma del médico tratante en la
Unidad hospitalaria de procedencia

Nombre y firma del responsables de la
Unidad hospitalaria de procedencia

Nombre y firma del responsable de la
ambulancia que traslada al paciente

Nombre y firma del familiar
responsable del paciente

Enviar al fax (55) 54 87 17 91

Teléfono directo de la Unidad de Urgencias Respiratorias. 54 87 17 15

Calz. de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F.
www.iner.salud.gob.mx

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-UUR-11 (08-2013)