



Formato de Interconsulta

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____
Diagnóstico: _____
Médico que solicita Interconsulta: _____
Servicio: _____
Cédula Profesional: _____

Motivo de Interconsulta

Especialidad Requerida

Nota de Interconsulta y Diagnóstico Clínico

Indicaciones Médicas

Pronóstico

Recomendaciones

Firma del médico Interconsultante

Cédula