

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES			Nº DE LA HISTORIA CLINICA
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	ESTADO CIVIL		OCUPACION ACTUAL	
DIA	MES	AÑO	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	S	C	V	D. U.L.
SERVICIO	SALA		CAMA	CONSULTA EXTERNA DE	FECHA ADMISION	MEDICO SOLICITANTE	

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

SERVICIO CONSULTADO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICO CONSULTADO
---------------------	-------	------------------------------

SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL

HALLAZGOS DE LABORATORIO y/o EXAMENES COMPLEMENTARIOS

DIAGNOSTICO CLINICO

SE SOLICITA

INFORME DE INTERCONSULTA

CRITERIOS CLINICOS

DIAGNOSTICO PROBABLE

RECOMENDACIONES

FECHA

FIRMA DEL MEDICO CONSULTADO

