

RESUMEN CLÍNICO PARA LA PRESENTACIÓN DE CASOS EN LA CLÍNICA ECHO – CUIDADOS PALIATIVOS

Número de identificación ECHO	Caso	Fecha de envío del formulario
(Lo registra el equipo coordinador)	Nuevo Seguimiento	(dd / mm / aaaa)

PACIENTE		
Sexo	Año de Nacimiento	Edad
Masculino Femenino		
Institución de salud a la que pertenece		Entidad Federativa

Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico

Resumen de la evolución y estado actual

Tratamientos y procedimientos realizados <small>(Especificar tratamiento y fechas)</small>	
QX	
RT	
QT	
Otros	

MEDICACIÓN HABITUAL <small>(Solo la relacionada a la situación clínica)</small>		
Nombre del fármaco	Dosis/intervalo	Vía

PROBLEMAS CLÍNICOS	
Físicos (describir cada uno detalladamente)	Psicológicos, sociales, espirituales
ESTUDIOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES MENCIONAR	
Laboratorio	Gabinte
Comorbilidades	

Médico Tratante (Nombre Completo)		
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Motivo de presentación del caso		
¿Qué dificultad le presenta el presente caso clínico?		
Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda:		

Una vez completado este formato, envíe el archivo y sus adjuntos (en su caso), así como el *Consentimiento Informado* correspondiente, al correo: **echo.paliativos@salud.gob.mx**

En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la Clínica en la cual se presentará el caso.