

Formulario de interconsulta

Para evaluación de TMS, tDCS u otras alternativas de la unidad. La derivación no implica indicación.

01 Profesional derivador

NOMBRE Y APELLIDO	PROFESIÓN Y ESPECIALIDAD
INSTITUCIÓN / CONSULTA	REGISTRO PROFESIONAL (OPCIONAL)
CORREO	TELÉFONO

02 Identificación del paciente

NOMBRE Y APELLIDO		
RUT (OPCIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	PRONOMBRES (OPCIONAL)
CORREO	TELÉFONO	

03 Pregunta clínica

MOTIVO DE INTERCONSULTA Y OBJETIVOS QUE SE ESPERA ACLARAR
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES Y COMORBILIDADES

04 Historia y tratamientos

SÍNTOMAS ACTUALES, GRAVEDAD, EVOLUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS PREVIOS: DURACIÓN, RESPUESTA Y TOLERANCIA

TRATAMIENTO ACTUAL, MEDICAMENTOS Y DOSIS

05 Antecedentes relevantes para seguridad

- ☐ Convulsiones o epilepsia
- ☐ Enfermedad o lesión neurológica
- ☐ Implantes o dispositivos médicos
- ☐ Metal en cabeza o cuello
- ☐ Embarazo o posibilidad de embarazo
- ☐ Otro antecedente relevante

DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS

06 Documentos y coordinación

- ☐ Informes clínicos
- ☐ Exámenes de laboratorio
- ☐ Imágenes / EEG
- ☐ Paciente informado y de acuerdo con la interconsulta

PREFERENCIA DE COORDINACIÓN O INFORMACIÓN ADICIONAL

ENVÍO

Envía este formulario y los antecedentes clínicos pertinentes a neuromodulacion@psiquemedica.cl.
Incluye solo información necesaria. La unidad confirmará recepción y próximos pasos.