

Redactado por: Dra. Hildebranda Saborío

Editado por:

Revisado por: Dr. Gustavo Castro

Aprobado por:

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA: _____

SEÑORES: _____

PACIENTE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ NUMERO DICTAMEN: _____

ATENDIDO EN _____ FECHA: _____

ASUNTO: _____

AUTORIDAD JUDICIAL: _____

DATOS CLINICOS:

HALLAZGOS: FISICOS:

MOTIVOS DE INTERCONSULTA:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

REMITENTE

La presente constancia se entrega a la entidad solicitante, exonerando al Departamento de Clínica Forense de cualquier responsabilidad por la reproducción total o parcial del mismo.

Fecha de
emisión
Emitido por:

DIRECCIÓN DE MEDICINA FORENSE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA
CENTRO DE CIENCIAS FORENSES, COL QUEZADA. TEL. 22311722