

Fecha _____ / _____ / _____

1 - DATOS DEL AFLIADO

Apellido y Nombre
 N°Afiado / Titular.....
 ()Fliar.Directo ()Fliar.a Cargo Edad..... Sexo..... Estado Civil.....
 Reparticion donde presta servicios.....

----- Aclaracion -----

Firma del solicitante o su representante
 (indicar relacion y/o parentesco)

2 - DEL MEDICO SOLICITANTE

Apellido y Nombre
 Especialidad acreditada(p/la que deriva)..... MP RN N°.....
 Servicio y/o especialidad que aconseja.....

3 - DEL AFILIADO

Diagnostico o Presuncion Diagnostica.....
 Examen fisico y/o Estado actual.....

 Antecedentes de la enfermedad.....

 Estudios previos realizados(adjuntar copia de informes y/o protocolo de tratamiento si lo hubiera).....

4 - MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DERIVACION (DERIVACION PARA)

INTERCONSULTA:Fecha del turno confirmado para la misma..... / /
 ESTUDIOS ESPECIALES:(indicar cuales).....

TRATAMIENTO: ☐ Clinico ☐ Quirurgico ☐ Oncologico ☐ Odontologico ☐ Otros

RAZONES por las que no se realiza en el lugar de residencia del afiliado.....

CONTROL:Tipo:.....

RAZONES por las que no se realiza en el lugar de residencia del afiliado.....

5 - CONDICIONES CLINICAS del afiliado en el momento de su derivacion

☐ BUENAS ☐ REGULARES ☐ MALAS ☐ CRITICAS