Informe de Derivación

(COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA)

SOSUNC 1972-2022 | 50 años de la UNCo.

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

APELLIDO _____ NOMBRE_____

PROFESIONAL INTERVINIENTE_____

MOTIVO DE CONSULTA_____

ESTIMADO/A PROFESIONAL, POR FAVOR, FUNDAMENTE CLARAMENTE LA NECESIDAD DE NUEVA DERIVACIÓN PARA CONSULTA Y/O REALIZACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS FUERA DE LA CIUDAD DE ORIGEN O CIUDADES VECINAS, O BIEN SI EL AFILIADO/A PUEDE CONCURRIR A UN PROFESIONAL DE SU ZONA:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMAR SI DEBE CONCURRIR A CONTROL: ☐ SÍ ☐ NO FECHA DEL CONTROL _____/____/_____

FECHA ___/____/_____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A