

# Informe de Derivación

(COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA)



## 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