

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA DERIVADA

APELLIDO _____ NOMBRE _____

NÚMERO DE AFILIADO/A _____ ESTADO CIVIL _____

TELÉFONO _____

DATOS DEL MÉDICO/A SOLICITANTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____

ESPECIALIDAD _____ MP N° _____

SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD HACIA DONDE SE ACONSEJA LA DERIVACIÓN _____

DIAGNÓSTICO DEL AFILIADO/A

DIAGNÓSTICO O PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA _____

EXAMEN FÍSICO Y/O ESTADO ACTUAL _____

ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD _____

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS _____

ADJUNTAR COPIA DE INFORMES Y/O PROTOCOLO DE TRATAMIENTO, SI LO HUBIERA.

MOTIVO DE LA SOLICITUD

1. ☐ INTERCONSULTA
2. ☐ ESTUDIOS ESPECIALES: _____ (INDICAR)
3. ☐ TRATAMIENTO: ☐ CLÍNICO ☐ ONCOLÓGICO ☐ QUIRÚRGICO
☐ ODONTOLÓGICO ☐ OTRO

Solicitud de Derivación

A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL



2/2

DÍAS DE PERMANENCIA EN EL LUGAR DE DESTINO _____

RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZA EN EL LUGAR DE RESIDENCIA DEL AFILIADO/A _____

CONDICIÓN CLÍNICA DEL AFILIADO/A

☐

BUENA

☐

REGULAR

☐

MALA

☐

CRÍTICA

MEDIO DE TRASLADO ACONSEJADO

☐

TERRESTRE

☐

AÉREO

SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD HACIA DONDE SE ACONSEJA LA DERIVACIÓN (LA MÁS CERCANA AL DOMICILIO DEL AFILIADO/A): _____

MOTIVO: _____

ACOMPANIAMIENTO

☐

ENFERMERO/A

☐

MÉDICO/A

☐

MÉDICO/A Y ENFERMERÍA

ACOMPANIANTE AUTORIZADO

☐

SÍ

☐

NO

☐

INCAPACIDAD

☐

MENOR DE EDAD

APELLIDO	NOMBRE	DNI

CIUDAD DE _____, A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
SOLICITANTE

AUDITORÍA MÉDICA

FIRMA Y SELLO
MÉDICO/A AUDITOR/A