

Planilla de Derivaciones

Gerencia de Prestaciones Médicas
Dirección Regional Interior

De: Consejo Local
A: Gerencia Médico Asistencial
Área Interior

Fecha

Por la presente solicito el traslado a la ciudad de
para su estudio y tratamiento.
Se adjuntan los datos personales del paciente y del suscripto, así como los antecedentes médicos del primero.

Datos del Paciente

Nombre y Apellido

N° Afiliado Edad Sexo Fem. Masc.

Datos del Médico solicitante

Nombre y Apellido Especialidad

Domicilio Teléfono N° Matrícula

Diagnóstico definitivo / presuntivo

.....
.....

Resumen de la Historia clínica

.....
.....

Exámenes previos, resumen diagnóstico de los estudios

Rx Tomografía lineal

Análisis clínicos Ecografías

Electrocardiograma Endoscopia

Otros (aclarar cuáles)

Datos Quirúrgicos

.....
.....

Motivos de Derivación (marcar con X donde corresponda)

Estudios Especializados Cuáles

Control de evolución Intervención quirúrgica Internación clínica Internación inmediata

Medio de transporte

Observaciones

Firma OSPLAD

Firma y Sello
del Médico Solicitante