

Planilla de Derivación de Pacientes

Fecha de derivación: Continuidad: Si... No...

Datos del Paciente:

Nombre completo:Edad:.....Género.....

Plan:.....Num. Afiliado:.....DNI:..... CUD: si/no

Dirección:

Localidad:Provincia:

Teléfono:Correo electrónico:

Información del Médico Derivante:

Nombre:Especialidad:.....Matricula:.....

Teléfono de contacto:.....Correo electrónico:.....

Datos de la Derivación:

Motivo de la derivación:

.....
.....
.....

Diagnóstico:.....

Medicación

actual:.....

Resultados de estudios complementarios (si los
hubiera):.....

.....
.....

Especialidad a la que se
deriva:.....

.....

Firma y sello de médico tratante