



**FORMULARIO ÚNICO PARA DERIVACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD**

**DATOS A COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE (SIN ABREVIATURAS) POR EL MEDICO TRATANTE**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:..... FECHA:...../...../.....

TIPO Y N° DE DOC.:..... EDAD:..... SEXO:.....

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PRÁCTICA Y/O ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATOS MÉDICO DERIVANTE:			
	FIRMA Y SELLO	TIPO Y N° MATRICULA	TELÉFONO

**DATOS A COMPLETAR POR EL DPTO. DERIVACIONES DE ASISTENCIA ALTA COMPLEJIDAD**

NO SE AUTORIZA POR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SE AUTORIZA PRESTADOR:		
	FIRMA Y SELLO	FECHA