

Formulario Único.

Derivaciones de alta complejidad

Datos a completar con letra clara y legible (sin abreviaturas) por el médico tratante.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

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

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

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

PRÁCTICA y/o ESPECIALIDAD

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

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Apellido y Nombres Paciente:

Teléfono particular: Teléfono celular:

E-mail:

.....
Firma

.....
Sello

Matrícula N°:

Formulario Único.

Derivaciones de alta complejidad

*Datos a completar por el responsable de la Delegación o Auditoría Médica.
Datos a completar con letra clara y legible (sin abreviaturas)*

DATOS AFILIADO

Delegación:
Apellido y Nombres del Responsable:
Teléfono particular: Teléfono celular:
Domicilio: Localidad:
Matrícula: Cargo:

Firma del Responsable

Sello

Fecha del envío de trámite a IPROSS CENTRAL:/...../.....

DATOS A COMPLETAR POR EL DTO. DE DERIVACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD IPROSS CENTRAL

Fecha del recepción del trámite:/...../..... Legajo N°:

CATEGORIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN

ROJO (48hs.) AMARILLO (15 días) VERDE (30 días)

RESPONSABLE IPROSS QUE AUTORIZA

Apellido y Nombres:
Cargo: Matrícula:
Teléfono celular: E-mail:
Domicilio: Localidad:

Firma del Responsable

Sello

OBSERVACIONES

Fecha de envío Legajo a RIOSA:/...../.....

