

Solicitud de derivación

Válida por treinta (30) días de la fecha de inicio

FECHA: ___ de _____ de ____ LOCALIDAD _____

1/ Datos del afiliado/a

Apellido y nombres Tel de contacto

Nº de afiliado/a Titular.....

Fliar directo Fliar a cargo Voluntario Edad Sexo Estado Civil

Repartición donde presta servicios

Firma del afiliado/a solicitante
o responsable(indicar parentesco)

Aclaración

2/ Datos del médico/a solicitante

Apellido y nombres

Especialidad MP RN Nº

Colegiado SI NO en

Servicio y/o especialidad que aconseja

3/ Información del afiliado/a

Diagnóstico o presunción diagnóstica.....

Examen físico y/o estado actual.....

Antecedentes de enfermedad.....

Estudios previos realizados (adjuntar copia de informes y/o protocolo de
tratamiento si lo hubiera)

Accidente de tránsito SI NO Intento de suicidio SI NO

4/ Motivo de la solicitud de derivación (derivación para)

Interconsulta: Clínico Quirúrgico Oncológico Odontológico Otros

TRATAMIENTO: Clínico Quirúrgico Oncológico Odontológico Otros

Estudios especiales (indicar cuáles).....

Razones por las que no se realiza en el lugar de residencia

5/ Condiciones clínicas del/la afiliado/a (en el momento de la derivación)

BUENAS REGULARES MALAS CRÍTICAS

6/ Medio de traslado aconsejado

TREN COLECTIVO AUTO AVIÓN AMBULANCIA VUELO SANITARIO

Acompañado SI Incapacitado Menor de edad NO

Motivo.....

Acompañado por ENFERMERO/A MÉDICO/A MÉDICO/A Y ENFERMERO/A

Para.....

7/ Prestadores

FMRN y/o Colegio Médica

ACEPTA SI NO

Firma y sello

Si rechaza

.....

Clínicas

ACEPTA SI NO

Firma y sello

Si rechaza.....

.....

8/ Auditoría médica del IPROSS

Autoriza la derivación a.....

Familiar acompañante: SI Incapacitado Menor de edad NO

Trasporte: Tren Micro Auto Avión Ambulancia Vuelo sanitario

Incluido en Resol 154/85 SI NO Diag de base.....

Denegada la derivación no se reconocerán prestaciones, gastos y/o derechos sanatoriales ni gastos de traslado y/o alojamiento



9/ Turno

FECHA ____/____/____

Lugar del turno.....

Centro prestador.....

Resumen.....

.....

10/ Servicio donde fue derivado/a

FECHA ____/____/____

Especificar CONSULTA ESTUDIOS TRATAMIENTO

Resumen.....

.....

La presente solicitud tiene una validez de treinta (30) días. No se reconocerán prestaciones y/o gastos fuera de ese término sin el aval del auditor del IPROSS.

La presente solicitud ebe ser conformada INTEGRAMENTE. Caso contrario no se le dará curso.