



Formulario

Solicitud de Derivación

Válido por treinta (30) días desde 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 N°.....
Colegiado SI NO en.....
Práctica y/o especialidad que se deriva:

3. INFORMACIÓN DEL AFILIADO/A

Diagnóstico o presunción diagnóstica:
Examen físico y/o estado actual:
.....

Antecedentes de enfermedad:
.....
.....

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

Accidente de tránsito SI NO Intento de suicidio SI NO

Formulario

Solicitud de Derivación

Válido por treinta (30) días desde la fecha de inicio.

4. MOTIVO DE LA DERIVACIÓN (DERIVACIÓN PARA)

Interconsulta: Clínico Quirúrgico Oncológico Odontológico Otros

TRATAMIENTO: Clínico Quirúrgico Oncológico Odontológico Otros

Estudios especiales (indicar cuales y adjuntar planilla)

.....

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

.....

.....

.....

5. CONDICIONES CLÍNICAS DEL AFILIADO/A (EN EL MOMENTO DE LA DERIVACIÓN)

BUENAS

REGULARES

MALAS

CRÍTICAS

6. MEDIO DE TRANSPORTE ACONSEJADO

TREN

COLECTIVO

AUTO

AVIÓN

AMBULANCIA

VUELO SANITARIO

MOVIL SANITARIO

Acompañado SI

Incapacitado

Menor de edad

NO

Motivo

Acompañado por ENFERMERO/A

MÉDICO/A

MÉDICO/A Y ENFERMERO/A

Para.....

INTRAPROVINCIAL

EXTRAPROVINCIAL

.....
Firma y Sello Médico Solicitante

Formulario

Solicitud de Derivación

Válido por treinta (30) días desde la fecha de inicio.

7. AUDITORÍA MÉDICA DEL IPROSS

Autoriza la derivación a

Familiar acompañante: SI Incapacitado Menor de edad No

Transporte: Tren Micro Auto Avión Ambulancia

Movil Sanitario 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.

.....
Firma y Sello del Médico Auditor

8. TURNO

Lugar del turno FECHA/...../.....

Centro prestador

9. SERVICIO DONDE FUE DERIVADO/A

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 debe ser conformada INTEGRAMENTE. Caso contrario no se le dará curso.