

SOLICITUD DE DERIVACION

Válida por treinta (30) días de la fecha indicada

FECHA: de de 20

1/ DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres

..... Nº de Afiliado/..... Titular

() Fliar. Directo () Fliar. a Cargo Edad Sexo Estado Civil

Repartición donde presta servicios Categoría

Posee Obra Social: SI / NO - Indicar Nombre

.....
Aclaración

.....
Firma del Solicitante o su representante
(indicar relación y/o parentesco)

2/ DEL MEDICO SOLICITANTE

Apellido y Nombres

Especialidad acreditada (p/ la que deriva)..... MP RN N°.....

Colegiado: Si, en No

Servicio y/o especialidad que aconseja

3/ DEL AFILIADO

Diagnóstico o Presunción Diagnóstica

Exámen físico y/o Estado actual

Antecedentes de la enfermedad

Especificar: Accidente de Tránsito: Si No Intento de suicidio Si No

Estudio previos realizados (adjuntar copia de informes y/o protocolo de tratamiento, si lo hubiera):
.....

4/ MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DERIVACION (DERIVACION PARA)

INTERCONSULTA: Fecha del turno confirmado para la misma/...../.....

ESTUDIOS ESPECIALES: (indicar cuál/es)

TRATAMIENTO: Clínico Quirúrgico Oncológico Odontológico Otros

RAZONES por las que no se realiza en el lugar de residencia del afiliado:

CONTROL: Tipo:

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

5/ CONDICIONES CLINICAS del afiliado en el momento de su derivación

BUENAS

REGULARES

MALAS

CRITICAS

6/ MEDIO DE TRASLADO ACONSEJADO

TREN

MICRO

AUTOMOVIL

VIA AEREA DE LINEA COMERCIAL

Acompañado: Si

por Pte Incapacitado

Menor de edad

No

AMBULANCIA

TRASLADO AEREO AVION PARTICULAR

VUELO SANITARIO

Motivo:

Acompañado por:

ENFERMERO/A

MEDICO/A

MEDICO/A y ENFERMERO/A

Para:

.....
Sello y Aclaración médico solicitante

.....
Firma y Sello médico solicitante

7/ DE LOS PRESTADORES POSEEDORES DE LA CÁPITA

FMRN y/o Colegio Médico

Acepta: Si No

Firma y Sello

Si rechaza: Causa y Alternativa

FECLIR Alto Valle o Z. Andina o CAPRESA

Acepta: Si No

Firma y Sello

Si rechaza: Causa y Alternativa

8/ DE LA AUDITORIA MEDICA del IPROSS Fecha (*)

Autoriza **LA DERIVACION** a

Familiar Acompañante Si por Pte incapacitado Paciente menor de Edad No

Transporte Tren Micro Automóvil Vía Aérea Ambulancia Vuelo Sanitario

Incluido en Resolución 154/85 Si No Diag. Base

Denegada **LA DERIVACION** (no se reconocerán prestaciones, gastos y/o derechos sanatoriales ni gastos de traslado y/o alojamiento ni por reintegro)

.....
Sello

.....
Firma de Médico/a Auditor/a que autoriza

(*) La presente autorización tiene una **validéz de treinta (30) días**. No se reconocerán prestaciones y/o gastos fuera de ese término sin aval del Médico/a Auditor/a de IPROSS Cap. Federal, Dirección de Auditoría Médica o Secretaría General Técnica.

9/ DEL SERVICIO DONDE FUE DERIVADO Fecha

Especificar: CONSULTA ESTUDIO/S TRATAMIENTO

Resumen

La presente solicitud debe ser conformada INTEGRAMENTE: caso contrario no se le dará curso