



CIERRE DE DERIVACIÓN / INSTRUCCIÓN DE ALTA

Nombre y Apellido:.....DNI.....

Centro Prestador en:.....HC N°.....

Provincia de origen:.....

Motivo de la derivación:.....

DERIVADO POR

Médico tratante..... Autoderivado.....

AL PROFESIONAL ACTUANTE

Nuestro afiliado/a, paciente de esa Institución, **ha sido derivado desde el interior del país**, en razón de ello solicitamos indique lo siguiente:

1) Diagnóstico de egreso:.....

2) Indicaciones médicas, dietéticas y/o actividad de la vida diaria permitida.....

3) ¿Puede continuar asistencia y/o seguimiento en su zona de origen? **En caso negativo fundamentar medicamento**.....

4) De requerir nuevo control informar fecha a realizar el mismo.....

5) ¿Se entregaron al paciente los resultados de las prácticas realizadas? SI /.....NO

Firma y sello del profesional actuante

Fecha

Datos de contacto con el médico tratante:.....

Dictamen de la Auditoría Médica Central:.....

SEÑOR BENEFICIARIO: DE LA UNICA MANERA QUE PODRA ACCEDER A LAS PRESTACIONES EN CAPITAL FEDERAL ES POR DERIVACIÓN DE LA DELEGACIÓN DE ORIGEN

Firma del beneficiario ó responsable del mismo

Tipo y nº de documento