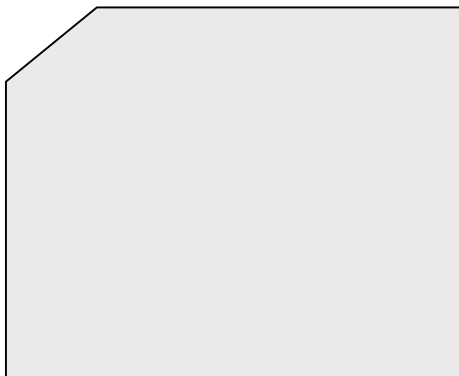


DOCUMENTO DE CANALIZACIÓN DE PACIENTES A LA CLÍNICA DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN
(Calle Ibiza 43 , 1ª planta)

Área de Salud Mental peticionaria:

H Clínica:

Etiqueta



Apellidos:

Nombre:

F Nacimiento:

Teléfono:

Domicilio:

CP:

DNI:

NºSS:

CIPA:

CIAS:

Información clínica y justificación de la propuesta

Tratamiento Solicitado

Servicio de Salud Mental de referencia

Facultativo responsable:

Sello facultativo / Servicio

Firma:

VBº Coordinador TCA

Fecha _____