



**DIRECCION GENERAL DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
PROPUESTA DE CANALIZACIÓN**

Etiqueta identificativa

Apellidos	
Nombre .	
F. Nacimiento	Tlfno.
Domicilio	
Población	C.P.
D.N.I.	
Nº S.S. o T.I.S.	
Otra financiación	

Información clínica y justificación de la propuesta

Técnica, procedimiento o tratamiento solicitado

Servicio de referencia. Hospital

Fecha

**VºBº
Dirección del Centro**

**Servicio
Dr/Dra
(Sello del médico peticionario)**