

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN ENTRE CENTROS

- CONCERTADOS
- DE REFERENCIA
- DISTINTOS DE LOS DE REFERENCIA

TIPOS DE SOLICITUD

- URGENTE < 72 horas
- PREFERENTE < 1 semana
- PROGRAMADO (el resto)

NHC
APELLIDOS
NOMBRE
F. NACIMIENTO
DOMICILIO
POBLACIÓN
C.P.
TELÉFONO
D.N.I.
Nº S.S. ó I.S.
OTRA FINANCIACIÓN

I. INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

DIAGNÓSTICO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud a petición propia | <input type="checkbox"/> Solicitud |
| <input type="checkbox"/> NO disponer de Técnicas/Procedimientos Tratamiento solicitado | <input type="checkbox"/> Revisión/Continuidad del proceso asistencial por el facultativo/Servicio de destino |

II. TÉCNICA/PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO SOLICITADO

TÉCNICA SOLICITADA:
PROCEDIMIENTO SOLICITADO:
TRATAMIENTO SOLICITADO:
* En el caso de diálisis DESDE:

AMBULANCIA
 SÍ
 NO

III. SERVICIO Y HOSPITAL DE DESTINO

Médico/Servicio:
Hospital:
Municipio:

Provincia:

Fecha de Solicitud:

Vº Bº
Dirección

Servicio Solicitante:
Fdo: Dr/Dra.

Sello

Sello CIAS médico peticionario

