



# DERIVACIÓN A REALIZAR TRATAMIENTO CON PRESTADORES QUE SE ENCUENTREN FUERA DE MAR DEL PLATA / BALCARCE

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA MAYÚSCULA, CLARA, SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS.

LUGAR: ..... FECHA: ...../...../.....

**DATOS DEL AFILIADO:**

APELLIDO Y NOMBRES: .....

Nº D.N.I: .....

DIAGNÓSTICO: .....  
.....  
.....

ESPECIFICACIÓN TÉCNICA Y TIEMPO ESTIMADO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO: .....  
.....  
.....

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD: .....  
.....  
.....

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO O INSTITUCIÓN QUE PODRÍA REALIZAR EL TRATAMIENTO (sin especificar el nombre del mismo): .....  
.....  
.....

**DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:**

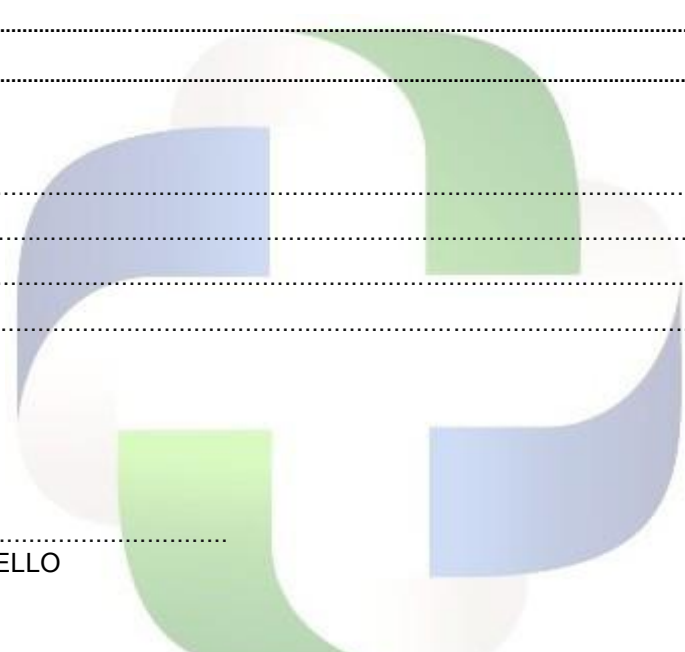
NOMBRE Y APELLIDO: .....

ESPECIALIDAD: .....

DIRECCIÓN PROFESIONAL: .....

TEL: .....

.....  
FIRMA y SELLO



**RESERVADO PARA SUMA:**

RECEPCIÓN: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

AUTORIZACIÓN: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

ACLARACIONES: .....

.....

.....

CARGA A SISTEMA: FECHA: ...../...../..... FIRMA y SELLO: .....

