

NOTA IMPORTANTE: Para dar inicio a la gestión del paciente deben completarse todos los campos requeridos en el formulario.

FECHA SOLICITUD:

PAGINA 1

NOMBRES

APELLIDOS

EDAD

RUT

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

Calle

Número

Comuna

Ciudad

ISAPRE

APODERADO

TELÉFONO

DIAGNÓSTICOS

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE IV:

MOTIVOS DERIVACIÓN

OBJETIVOS PRINCIPALES DE DERIVACIÓN A REHABILITACIÓN

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

DECLARACIÓN: YO, _____
EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE _____
ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO, EN LO QUE RESPECTA A DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

FONO:

FIRMA Y TIMBRE:

RUT: