



SOLICITUD DE DERIVACION

APELLIDO Y NOMBRES:.....

EDAD:..... SEXO:..... DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:..... DEPARTAMENTO:.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:.....

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:.....

PRÁCTICA MÉDICA SOLICITADA:.....

PRÁCTICA QUIRÚRGICA SOLICITADA:.....

LAS PRÁCTICAS SOLICITADAS SE REALIZAN EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS? SI NO

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SE FIRMA Y SELLA EN:..... A LOS..... DIAS

DEL MES DE..... DEL AÑO.....

.....
FIRMA Y SELLO MEDICO SOLICITANTE

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA DEL I.O.S.P.E.R.:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO