

**DERIVACION PROGRAMADA PARA EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA**

**Datos a completar por la Dirección Regional y/o Delegación del IOMA:**

Fecha:\_\_\_\_\_ Región y/o Delegación que deriva:\_\_\_\_\_

Tel./fax de la Región y/o Delegación que deriva:\_\_\_\_\_

Apellido y nombres del afiliado:\_\_\_\_\_

Documento - tipo y N°:\_\_\_\_\_ N° de afiliado:\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_

Localidad:\_\_\_\_\_

Patología:\_\_\_\_\_

Prestador que solicita la derivación:\_\_\_\_\_

Prestación a recibir por el afiliado (internación/práctica/consulta):\_\_\_\_\_

Motivo o causa que justifica la derivación:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Médico Auditor de la Región

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Director Regional

**Campo reservado a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de la Sede Central del IOMA que corresponda.**

Se autoriza (SI - NO) la derivación solicitada a cualquiera de los siguientes prestadores a elección del afiliado:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Director Aud. y Fisc.Méd. IOMA Sede Central

Se deberá adjuntar a la planilla de Derivación, de corresponder, la Orden de Práctica y el resumen de Historia Clínica, a fin de su evaluación por la auditoría médica de la Sede Central del IOMA.