

ANEXO III (Res. 0731/02)**DERIVACION Y AUTORIZACION PARA PRESTADORES DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
/ SEGUNDO NIVEL /**

Región que deriva / _____

Nombre y apellido del afiliado / _____

N° de afiliado / _____ Localidad / _____

Patología / _____

Prestador que solicita la derivación / _____

Motivo de la derivación / _____

Prestador al que se deriva / _____

/ Solicitud:

Internación: _____

Práctica a realizar: _____

NOTA /

ADJUNTAR A LA HOJA DE DERIVACION LA ORDEN DE PRACTICA Y EL RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Firma y sello Director de Región_____
Firma y sello Director Autorizante
IOMA CENTRAL