



ASOCIACIÓN HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR

Tel.: (0291) 550-6700 (líneas rotativas) - Necochea 675 - B8001HXM - Bahía Blanca - Buenos Aires - Argentina

HOJA DE DERIVACIÓN

Profesional / Institución solicitante:

Tel. de contacto Profesional solicitante:

Tel. de contacto Institución solicitante:

Firma y Sello

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: Fecha de nacimiento:/...../.....

DNI: Edad: Obra Social:

Documentación acompañada:

Acompañante:

Motivo de traslado	
Diagnóstico	
Medicación habitual	
Duración aproximada de derivación	
Observaciones	

SERVICIO Y/O MÉDICO QUE RECIBE

Nombres y apellidos:

Fecha:/...../.....

Hora: :

Firma y Sello