



.....de20.....

Solicitud de Derivación OSPEPRI

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO.....

Nº AFILIADO..... TITULAR

FLIAR. DIRECTO

FLIAR. A CARGO

FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....EDAD.....SEXO F M ESTADO CIVIL.....

ACLARACION

FIRMA DEL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE

Documento Nº

(INDICAR RELACIÓN Y/O PARENTESCO).....

MÉDICO SOLICITANTE PRESTADOR DE OSPEPRI

NOMBRE Y APELLIDO.....M.P.Nro.....

ESPECIALIDAD.....M.P. Esp Nro.....

DATOS DE LA PATOLOGIA DEL BENEFICIARIO

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGIA DE BASE

FUNDAMENTACION DEL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGIA MOTIVO DE LA DERIVACION

EXÁMEN FÍSICO Y/O ESTADO DE SALUD ACTUAL (EN GENERAL Y DE SU ENFERMEDAD)

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.....

ESPECIFICAR ACCIDENTE DE TRÁNSITO SI NO DISCAPACIDAD SI NO

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORMES Y/O PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO, SI LOS HUBIERA)

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LA DERIVACIÓN:

INTERCONSULTA INDICAR ESPECIALIDAD SOLICITADA:.....

ESTUDIOS ESPECIALES (INDICAR CUALES).....

TRATAMIENTO: CLÍNICO QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO ODONTOLÓGICO OTROS

RAZONES POR LAS QUE NO SE PUEDE REALIZAR EN LAS PCIAS DE NEUQUEN Y/O RIO NEGRO.....

DERIVACION PARA CONTROL MEDICO: ESPECIFIQUE TIPO DE CONTROL DE SALUD SE REALIZARA EL BENEFICIARIO

RAZONES POR LAS QUE EL CONTROL NO SE PUEDE REALIZAR EN LAS PCIAS DE NEUQUEN Y/O RIO NEGRO

.....
CONDICIONES CLÍNICAS del beneficiario en el momento de su derivación:

Buenas Regulares Malas Crítica (URGENCIA – RIESGO DE VIDA INMINENTE)

MEDIO DE TRASLADO: Indicación médica de la vía de traslado.

VIA TERRESTRE

VÍA AÉREA COMERCIAL . JUSTIFICACION DE LA INDICACIÓN MÉDICA DE VÍA AÉREA.....
.....
.....

ACOMPAÑANTE SI Menor de edad CANTIDAD

EN CASO DE NO SER MENOR DE EDAD NI DISCAPACITADO. JUSTIFICAR LA INDICACIÓN MÉDICA DEL ACOMPAÑANTE...
.....
.....

AMBULANCIA TERRESTRE VUELO SANITARIO

JUSTIFICACION DE LA INDICACIÓN MÉDICA DE AMBULANCIA/VUELO SANITARIO.....
.....
.....

ACOMPAÑADO POR: ENFERMERO/A MEDICO/A MÉDICO/A Y ENFERMERA/O

JUSTIFICACION DE LA INDICACIÓN MÉDICA DEL ACOMPAÑAMIENTO POR PROFESIONAL.....
.....
.....

.....
Firma y sello del médico solicitante

AUDITORÍA MÉDICA OSPEPRI

Fecha...../...../.....

AUTORIZADA LA DERIVACIÓN AL BENEFICIARIO.....
.....

Familiar acompañante autorizado SI NO NOMBRE APELLIDO Y MOTIVOS QUE JUSTIFICAN EL

ACOMPAÑANTE:.....
.....

Por paciente incapacitado Paciente menor de edad

Transporte: Tren Micro Automóvil Vía aérea Ambulancia Vuelo Sanitario

DENEGADA LA DERIVACIÓN DENEGADA (NO SE RECONOCENRÁN PRESTACIONE GASTOSY/O DERECHOS SANATORIALES NI GASTOS DE TRASLADO Y/O ALIJAMIENTO **NI POR REINTEGRO**).

.....
.....
Sello Firma del Médico/a Auditor OSPEPRI
LA PRESENTE AUTORIZACIÓN TIENE UNA VALIDEZ DE TREINTA (30) DÍAS . No se reconocerán prestaciones y/o gastos fuera de ese término SIN AVAL DEL AUDITOR MÉDICO.