



FICHA DE DERIVACIÓN - CASA POSADAS

Por favor recuerde llenar TODOS los datos con letra IMPRENTA MAYÚSCULA		FECHA	FICHA #	
A COMPLETAR POR EL ÁREA MÉDICA	DATOS DEL PACIENTE			
	NOMBRE Y APELLIDO		# DE HISTORIA	
	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DNI	
	NACIONALIDAD	PROVINCIA		
	DIAGNÓSTICO DE BASE			
	SERVICIO QUE DERIVA			
	PERIODO ESTIMADO DE PERMANENCIA			
	OTRAS OBSERVACIONES			
	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO ACTUANTE			
	A COMPLETAR POR EL SERVICIO SOCIAL	DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE		
FILIACIÓN				
APELLIDO Y NOMBRE				
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		
DNI		NACIONALIDAD		
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN				
INTERVENCIÓN SOCIAL - RESUMEN DE LO ACTUADO				
FIRMA Y SELLO SERVICIO SOCIAL	FIRMA Y SELLO JEFE DEL SERVICIO	FIRMA Y ACLARACIÓN RESPONSABLE		

**DIRECCIÓN GENERAL DE REDES EN SALUD
HOSPITAL NACIONAL "PROF. ALEJANDRO POSADAS"**