

FICHA DE DERIVACIÓN - CASA POSADAS

A COMPLETAR POR CASA POSADAS	INGRESO	REINGRESO	RENOVACIÓN	FICHA #
Por favor llenar TODOS los datos con letra IMPRENTA MAYÚSCULA				FECHA
A COMPLETAR POR EL ÁREA MÉDICA	DATOS DEL/A PACIENTE		HISTORIA CLÍNICA	
	NOMBRE Y APELLIDO		EDAD	
	FECHA DE NACIMIENTO		DNI	
	NACIONALIDAD		LOCALIDAD/PROVINCIA	
	COBERTURA SOCIAL: SI – NO ¿CUÁL?			
	SERVICIO QUE DERIVA			
	PERÍODO ESTIMADO DE PERMANENCIA <i>(Indicar cantidad de tiempo)</i>			
	DIAGNÓSTICO DE BASE / SITUACION DE SALUD			
	NECESITA DIETA ESPECIAL: SI – NO (ADJUNTAR LA INDICACION CORRESPONDIENTE)			
	REFERENTE / ACOMPAÑANTE		FILIACION	
	APELLIDO Y NOMBRE		DNI	
FIRMA Y ACLARACION / SELLO DEL/LA PROFESIONAL MÉDICO/A ACTUANTE				
A COMPLETAR POR EL SERVICIO SOCIAL	DATOS DEL/A REFERENTE / ACOMPAÑANTE RESPONSABLE		FILIACION	
	APELLIDO Y NOMBRE		DNI	
	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
	LOCALIDAD-PROVINCIA		NACIONALIDAD	
	COBERTURA SOCIAL: SI – NO ¿CUÁL?			
	MOTIVO DE LA DERIVACIÓN			
	INTERVENCIÓN SOCIAL - RESUMEN DE LO ACTUADO - OBSERVACIONES – ASPECTOS A CONSIDERAR			
FIRMA Y SELLO SERVICIO SOCIAL ACTUANTE		FIRMA Y SELLO JEFE/A DEL SERVICIO SOCIAL		FIRMA Y ACLARACIÓN AREA SOCIAL Casa Posadas
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL OPERADOR/A ACTUANTE Casa Posadas				