SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO Nº _____

FECHA SOLICITUD : Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐

HORA : ☐☐ ☐☐

Para ser llenado en Admisión

1.- Servicio de Salud	2.- Establecimiento
3.- Especialidad	4.- Unidad

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

5.- Nombre

6.- Historia Clinica ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7.- RUT Apellido paterno ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐ Apellido materno

8.- Si es recién nacido RUT, de padre o madre beneficiario Nombres ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐

9.- Sexo (marcar con x) ☐ Mas ☐ Fem

10.- Fecha de Nacimiento Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ Hora ☐☐ : ☐☐

11.- Edad ☐☐☐ ☐ Años ☐ Meses ☐ Dias ☐ Hrs.

12.- Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

13.- Comuna de residencia	14.- Teléfono 1	15.- Teléfono 2	16.- Correo electrónico

DATOS CLINICOS

Para ser llenado por el (la) profesional que solicita la interconsulta o derivación

17.- Se deriva para atención en : Establecimiento

18.- Especialidad

19.- Se envía a consulta para Confirmación Diagnóstica ☐ Seguimiento ☐ Realizar Tratamiento ☐ Otro ☐ Especificar →

20.- Hipótesis diagnóstica o diagnóstico (anote con letra legible y sin siglas)

21.- ¿Sospecha Problema de salud AUGE? **Especificar Problema** _____

☐ NO ☐ SI

22.- Subgrupo o Subproblema de salud AUGE (si corresponde) _____

23.- Fundamentos del diagnóstico _____

24.- Exámenes realizados _____

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25.- Nombre

26.- RUT Apellido paterno ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐ Apellido materno Nombres

Firma Profesional _____