FORMULARIO DE INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN

NOTA IMPORTANTE: Para dar inicio a la gestión del paciente deben completarse todos los campos requeridos en el formulario.

FECHA SOLICITUD:

NOMBRES | **APELLIDOS** | **EDAD**

RUT | **FECHA DE NACIMIENTO** | **TELÉFONO**

DIRECCIÓN

Calle | Número | Comuna | Ciudad

ISAPRE | **APODERADO** | **TELÉFONO**

DIAGNÓSTICOS

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE IV:

MOTIVOS DERIVACIÓN

OBJETIVOS PRINCIPALES DE DERIVACIÓN A REHABILITACIÓN

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

DECLARACIÓN: YO, ...

EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE .....

ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO, EN LO QUE RESPECTA A DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

FONO:

RUT:

FIRMA Y TIMBRE: