



UGL XVII CHUBUT  
SOLICITUD DE DERIVACIÓN

ESTIMADO DR: Solicitamos a Ud. tenga a bien completar la siguiente epicrisis de nuestro paciente para poder acceder a su próxima derivación. Desde ya agradecemos su colaboración.

Apellido y Nombre del paciente:

Nº de Beneficiario:

TELEFONO:

Hospital/Sanatorio donde es atendido:

Diagnóstico:

Resumen de Historia clínica:

Estudios Realizados:

Tratamiento Realizado:

Firma de Médico Tratante:

Autorizado Médico UGL:

Documentación a presentar:  
DNI TITULAR Y ACOMPAÑANTE  
RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR  
ESTUDIOS Y ANALISIS REALIZADOS  
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

C B U



UGL XVII CHUBUT  
SOLICITUD DE DERIVACIÓN

ESTIMADO DR: Solicitamos a Ud. tenga a bien completar la siguiente epicrisis de nuestro paciente para poder acceder a su próxima derivación. Desde ya agradecemos su colaboración.

Apellido y Nombre del paciente:

Nº de Beneficiario:

TELEFONO:

Hospital/Sanatorio donde es atendido:

Diagnóstico:

Resumen de Historia clínica:

Estudios Realizados:

Tratamiento Realizado:

Firma de Médico Tratante:

Autorizado Médico UGL:

Documentación a presentar:  
DNI TITULAR Y ACOMPAÑANTE  
RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR  
ESTUDIOS Y ANALISIS REALIZADOS  
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

CBO