



Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes

**HISTORIA CLINICA PARA DERIVACIONES**

**PARA SER CONFECCIONADA POR PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA DERIVACION**

**CON LETRAS MAYUSCULAS, LEGIBLES O A MAQUINA  
(I.O.S.COR. Se reserva el derecho de devolver la presente por ilegible y/o incompleta)**

**DATOS DEL AFILIADO TITULAR**

Apellido y Nombre .....  
Tipo y N° de Documento.....Edad.....  
Domicilio.....Tel.....  
Repartición Empleadora.....Parentesco del Paciente.....

**DATOS DEL PACIENTE DERIVADO**

Apellido y Nombre.....Edad.....

Tipo y N° de Documento.....

MOTIVO DE LA DERIVACION: .....

.....

.....

Estado Actual: .....

.....

.....

Antecedentes personales (heredero-familiares, histológicos, patológicos) relacionados con motivo de la derivación: .....

.....

Antecedentes de la enfermedad actual: .....

.....

Estudios y/o tratamientos realizados (adjuntar resultados) .....

Diagnósticos: De Presunción .....

De Certeza .....

Pronóstico.....

Se solicita derivación para .....

a) Profesional y/o Institución médica recomendada .....

b) Estudios diagnósticos: Especificar .....

c) Tratamiento Especificar .....

**Causa de derivación:**

(Tachar lo que NO corresponda) 1- Estudios y/o tratamiento no se realiza en el medio

2- Se realiza en el medio pero NO se encuentra conveniados I.O.S.COR.

3- Negativa Expresa del suscripto a continuar con atención

Del paciente

Lugar y Fecha .....

Firma del Profesional.....

Aclaración y N° de Matricula.....