



Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes

SOLICITUD DE VUELO SANITARIO

1. Datos filiatorios de paciente:

Apellido y nombre.....Edad.....

Domicilio.....

Obra Social.....Tel.....

Médico derivador.....

Internado en.....

Sector.....Cama N°.....

2. Diagnóstico:

.....
.....

3. Motivo de derivación:

.....
.....

Es una urgencia: SI () NO () Emergencia: SI () NO ()

Lugar de recepción:.....

Sector:Cama:.....Hora:.....

4. Adjuntar:

- a) La presente solicitud rellena con letra clara y legible.
- b) Resumen de la historia clínica de paciente a evaluar.

5. A llenar por el médico solicitante:

Certifico que el pacienteno padece

Enfermedad psicótica descompensada ni enfermedad infecto-contagiosa activa.

Firma y sello del médico certificador