



**PROPUESTA DE CANALIZACIÓN DE PACIENTES A CENTROS Y SERVICIOS
SANITARIOS DISTINTOS DE LOS DE REFERENCIA**

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE					CIP						
DOMICILIO ACTUAL					Nº	PISO	LET	LOCALIDAD		C POSTAL	
N AFILIACION					NIF/NIE		F NACIMIENTO		TELF CONTACTO		
CONSULTA EXTERNA		EXPLORACIONES DIAGNOST/TERAPÉUTICA			INTERVENCION QUIRURGICA						
INICIAL		REVISION			FECHA ULTIMA CITA			FECHA PROX CITA			

DATOS CLINICOS:

DIAGNOSTICO:									
CODIGO CIE -10- MC									
TRATAMIENTO REQUERIDO/TIPO DE ESTUDIO O TECNICA DIAGNÓSTICA SOLICITADA:									
CODIGO CIE -10- MC									
CENTRO DE SERVICIOS PROPUESTO PARA LA ASISTENCIA.:									
JUSTIFICACION CLÍNICA DE LA PROPUESTA.:									
CONFIRMACIÓN CLÍNICA DEL CENTRO DE DESTINO.:									

A LA VISTA DE LA INFORMACION SANITARIA QUE ANTECEDE SE PROPONE LA CANALIZACION AL CENTRO Y SERVICIO SOLITADO.

En _____ a _____ de _____ 2021

Vº B
LA DIRECTORA ASISTENCIAL DEL
AREA SALUD CACERES

EL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE

Fdo.: Cristina Martín Domínguez

Fdo.: