



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
HOSPITAL BASE VALDIVIA
CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES

**FORMULARIO DE CONTRARREFERENCIA AL NIVEL PRIMARIO
POR ALTA DE CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD**

HOSPITAL O CONSULTORIO (Destino)

FECHA ALTA:.....ESPECIALIDAD:....(Timbre de especialidad).....

NOMBRE:.....

RUT..... FICHA CLINICA N°:.....

DIAGNOSTICO (S):

1).....2).....

3).....4).....

5)6).....

7).....8).....

INDICACIONES MEDICAS:

1).....2).....

3).....4).....

5)6).....

7)8).....

PROFESIONAL QUE DERIVA.....

