



OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

DELEGACIÓN MERCEDES

OBRA SOCIAL LEY 23.660 - INSCRIPTA
EN EL RNOS 110701-

LIMA 163
1073 - CAPITAL FEDERAL

TELEFONOS:
4381-0467 / 4383-6819

PLANILLA DE DERIVACIÓN A CENTRO ESPECIALIZADO

Lugar y fecha:

El portador de la presente:

S.S. N°: de la localidad de:

está autorizado a trasladarse a ese CENTRO ESPECIALIZADO, para su correspondiente atención médica, por intermedio de las prestaciones que brindan los Servicios Sociales de O.S.F.A.T.L.Y.F.

Dentro de los términos de reglamentación vigente, la Secretaria de Servicios Sociales determinara si la importancia del tratamiento a realizar justifica el reconocimiento o no del gasto de Traslado y estadía que pudieran corresponder.

En caso de cualquier consulta o comunicación respecto a esta atención, la Secretaria de Servicios Sociales de O.S.F.A.T.L.Y.F. o el Centro Medico respectivo podrá dirigirse al siguiente

Lugar:

Calle: **Localidad:**

Teléfono:

OBSERVACIONES:

.....

.....
Firma y sello responsable O.S.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

1 Datos del Beneficiario:

Apellido y Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº de Beneficiario

--	--	--	--	--	--

Edad

--	--	--	--	--	--

Sexo

	M	F
--	---	---

--

Obra Social

--

Teléfono

2 Antecedentes y patologías anteriores:

3 Enfermedad Actual:

4 Diagnóstico: (Confirmado o presuntivo):

v Completar con letra clara y legible

5 Estudios complementarios realizados: (E.C.G. - Rayos X - Laboratorio):

Ejemplos: Para IgE específicas datos de IgE total. Para Chlamydia, exámenes anteriores. Marcadores de Hepatitis datos de transaminasas y antígenos determinados. Para HIV por el método de Western Blot, datos de Elisa positivo

6 Observaciones:

7 Datos del Médico:

Domicilio

--

Firma

--

Sello y Matricula

Teléfono

--

--	--	--	--	--	--

Fecha

8 Intervención del Departamento de Auditoría de FABAs:

--

Firma

--

Sello y Matricula

--	--	--	--	--	--

Fecha

**FEDERACION MEDICA DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Afiliada a la Confederación Médica de la República Argentina
Calle 54 N° 920 - Tels. 25-6640/46 - FAX: (021) 256190 - La Plata

Solicitud para prácticas que requieren autorización previa

Obra Social:	Entidad Primaria	Número Afiliado
Apellido:	Nombres	
Edad Sexo Domicilio		Teléfono
Médico Tratante: Apellido y Nombres.		Teléfono
Domicilio:		Teléfono
Otros sitios donde localizarlo:		
Realizará la práctica:		
Por consultorio externo:		
Internando al Paciente:		
Utilizará algún tipo de anestesia?		
Utilizará algún medio de contraste?		
Información Clínica: Indispensable para la autorización		

Estudios Previos realizados:

Patología probable:

Localización probable:

Firma del Médico

Sello

Para uso exclusiva de la Obra Social:

Autorizado por: