



DERIVACION PROGRAMADA PARA EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA

Datos a completar por la Dirección Regional y/o Delegación del IOMA:

Fecha: _____ Región y/o Delegación que deriva: _____

Tel./fax de la Región y/o Delegación que deriva: _____

Apellido y nombres del afiliado: _____

Documento - tipo y N°: _____ N° de afiliado: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____

Patología: _____

Prestador que solicita la derivación: _____

Prestación a recibir por el afiliado (internación/práctica/consulta): _____

Motivo o causa que justifica la derivación: _____

Firma y sello Médico Auditor de la Región

Firma y sello Director Regional

Campo reservado a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de la Sede Central del IOMA que corresponda.

Se autoriza (SI - NO) la derivación solicitada a cualquiera de los siguientes prestadores a elección del afiliado: _____

NOTA:

Firma y sello Director Aud. y Fisc.Méd. IOMA Sede Central

Se deberá adjuntar a la planilla de Derivación, de corresponder, la Orden de Práctica y el resumen de Historia Clínica, a fin de su evaluación por la auditoría médica de la Sede Central del IOMA.