

MEDI-FAM División Laboral

SANTA FE 240
LA RIOJA - CAPITAL
TEL/FAX: (0380) - 4435052 // 4435027 Correo Electrónico: medifamsl@medifamsl.com

3204652291

SOLICITUD DE DERIVACION

F3

Lugar DESDE La Rioja Fecha 13/12/24
A LA CIUDAD DE Concepción
A) IDENTIFICACION DEL AGENTE
APELLIDO Y NOMBRE Costa Novas DNI 23660718
DOMICILIO: CALLE B. Toledano Nº 784 E. PINO DTO.
CIUDAD La Rioja DEPARTAMENTO La Rioja

B) DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
NOMBRE Centro de Salud N.2 C.U.E. O COL. 460058

C) LLENAR EN CASO DE ATENCIÓN FAMILIAR
A y N DEL FAMILIAR Doña Patricia Fomero DNI 4725092

D) DATOS DE DERIVACION
MOTIVO DE LA DERIVACION: Tratamiento de urgencia
MEDICO TRATANTE DERIVADO Fernando Carlos Alberto MAT N. 27748
A y N: Fernando Carlos Alberto

NEUROCIROGIA
M.P. 27748 - M.E. 13568
ESP. EN MEDICINA LEGAL

FECHA 18/12/24

FIRMA Y SELLO

Dr. CARLOS FERNANDEZ
Director Médico de MEDIFAM

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR O RESPONSABLE

- *PRESENTAR CERTIFICADO MEDICO, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y TODA OTRA DOCUMENTACION QUE JUSTIFIQUE LA TOTALIDAD DE LOS DIAS DE LA LICENCIA SOLICITADA.
- *EL F3 DEBE SER FIRMADO Y SELLADO POR EL MEDICO TRATANTE DERIVADO
- *EL F3 Y CERTIFICADO MEDICO DEBEN SER REMITIDOS POR FAX A MEDI FAM DENTRO DEL PLAZO DE 48 HS.