

MEDI-FAM División Laboral



SANTA FE 240

LA RIOJA - CAPITAL

TEL/FAX: (0380) - 4435852 // 4435827 Correo Electrónico: medifamsrl@hotmail.com

SOLICITUD DE DERIVACION

F3

Lugar La Rioja Fecha 05/06/24
DESDE La Rioja A LA CIUDAD DE Cordoba
A) IDENTIFICACION DEL AGENTE
APELLIDO Y NOMBRE Pacheco Maria A. DNI 33 694 666
DOMICILIO: CALLE calle publica N° PISO DTO
CIUDAD La Rioja DEPARTAMENTO Capital

B) DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE ESC 297 C.U.E O COD 46000219

C) LLENAR EN CASO DE ATENCIÓN FAMILIAR

A y N DEL FAMILIAR DNI

D) DATOS DE DERIVACION

MOTIVO DE LA DERIVACION: en consulta

MEDICO TRATANTE DERIVADO

A y N: MAT N°

FECHA / /

FIRMA Y SELLO

Dr. CARLOS FERNANDEZ

Director Medico 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.