IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

ANEXO III

Buenos Aires
LA PROVINCIA

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:_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

NOTA:
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.