



Instituto Provincial de  
Salud de Salta

## INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

ESPAÑA 782 - SALTA

### Prácticas y procedimientos a realizarse en el centro de referencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Tiempo de estadía estimado: \_\_\_\_\_

### Las prácticas y procedimientos en el centro de referencia mejorarán la situación del paciente:

( Sustancialmente, aceptablemente, escasamente, imprevisiblemente )

A corto plazo \_\_\_\_\_

A mediano plazo \_\_\_\_\_

A largo plazo \_\_\_\_\_

### Profesional Tratante:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio Laboral \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Días de Atención \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del profesional tratante

Se recuerda al profesional tratante que el I.P.S. se reserva el derecho de requerir su presencia para informar a Auditoría sobre aspectos de interés en relación con la derivación para su mejor resolución, así como de convocar en caso necesario a una junta médica a tales efectos.



Instituto Provincial de  
Salud de Salta

## INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

ESPAÑA 782 - SALTA

### CARACTERISTICAS DE LA DERIVACION

**Antecedentes:** Primera derivación ( ) Derivación ulterior ( ) Oportunidades anteriores \_\_\_\_\_

**Centro de referencia al que se remite:** \_\_\_\_\_

**Centros alternativos:** \_\_\_\_\_

**Necesidad de la derivación:** Justificar la definición de la necesidad

Urgente ( dentro de las 24 horas ) \_\_\_\_\_

Programada ( más allá de las 24 horas ) \_\_\_\_\_

**Vía de traslado:**

Aérea por vuelo de línea ( )

Aérea por vuelo de línea ( )

Terrestre en ambulancia ( )

Terrestre en ambulancia ( )

Justificación médica de la vía propuesta: \_\_\_\_\_

**Viaja con acompañante:** ( SI ) ( NO )

**Asistencia en viaje:** Médico especialista ( ) Médico general ( ) Enfermero ( ) No requiere asistencia ( )

**Situación actual:**

Ambulatorio ( )

Internado ( )

Domicilio ( )

Sala común ( )

UTI ( )

Terapia intermedia ( )

Residencia / geriátrico ( )

Estable ( SI ) ( NO ) Descripción \_\_\_\_\_

ARM ( SI ) ( NO ) Requerimiento de O<sub>2</sub> ( SI ) ( NO ) Fallo de órgano ( SI ) ( NO ) \_\_\_\_\_

Sonda ( SI ) ( NO ) Drenajes ( SI ) ( NO ) Venoclisis ( SI ) ( NO ) Yeso tracción o tutores ( SI ) ( NO )

**Motivo de la derivación:**

1. No existe diagnóstico ni posibilidad de acceder al mismo en nuestro medio ( )

2. Se requieren métodos de diagnóstico no disponibles en el medio ( )

En orden a precisar el pronóstico del paciente ( )

En orden a modificar el tratamiento del paciente ( )

3. Se requieren procedimientos terapéuticos no disponibles en el medio ( )

4. Decisión / elección personal / familiar ( )

5. Otras razones ( ): \_\_\_\_\_



Instituto Provincial de  
Salud de Salta

# INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

ESPAÑA 782 - SALTA

## SOLICITUD DE DERIVACION EXTRAPROVINCIAL

**El paciente deberá concurrir con el presente pedido y todos los estudios complementarios efectuados**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ Apellido y nombres \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Afiliado N° \_\_\_\_\_ Dependencia \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

### ENFERMEDAD ACTUAL

**Se ruega al profesional tratante un correcto llenado del presente, con letra clara e información completa, ya que de la adecuada confección de este pedido depende de modo excluyente la celeridad del trámite de derivación.**

#### Diagnóstico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Definitivo ( )      Provisorio ( )      Presuntivo ( )

#### Estudios realizados: ( consignar los datos positivos principales de cada uno )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Tratamiento efectuado: ( consignar las medidas principales )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evolución: Favorable ( )    Desfavorable ( )    En base a los siguientes parámetros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Pronóstico: ( Favorable, desfavorable, imprevisible )

A corto plazo \_\_\_\_\_

A mediano plazo \_\_\_\_\_

A largo plazo \_\_\_\_\_

En base a los siguientes parámetros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA**

FECHA	Nº REGISTRO

**SOLICITUD DE DERIVACIÓN**

TITULAR		FECHA NACIM.	Nº AFILIADO
APELLIDOS Y NOMBRES			
D.I.	DOMICILIO	TELÉFONO	
DEPENDENCIA			Cº REP
BENEFICIARIO		FECHA NACIM.	Cº PA
APELLIDOS Y NOMBRES			
D.I.	CIA. ASEGURADORA - SEG. SEPELIO	PÓLIZA	CERTIFIC.

Por la presente se solicita autorización para traslado y atención médica del beneficiario mencionado de acuerdo al Plan "A"  "B"  (ver información al dorso)

Se adjunta documentación correspondiente en  folios.

DERIVADO A

FIRMA Y ACLARACIÓN

**RESERVADO PARA EL I.P.S.**

JUNTA MÉDICA Nº        FECHA

Opinión médica. Centro de derivación y servicio al que es derivado: .....

.....

.....

**SE OTORGA:**

- |                                      |   |     |
|--------------------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Pasajes     | <input type="checkbox"/> Cantidad                     | Vía |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento | <input type="checkbox"/> Días de estadía aproximados. |     |
| <input type="checkbox"/> Préstamo    |   |     |
| <input type="checkbox"/> Plan "B"    |   |     |

Observaciones: .....

.....

.....

**Secretaría Auditoría Médica**

Acompañante: .....	
D.I. Nº .....	Plan YPT .....
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Solicita gestión de turno - reserva de alojamiento.	
Turno. Día .....	Hora .....
Centro .....	
Hotel .....	

**INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

Nº AFILIADO	Cº Rep.	Fecha
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
Cº Prestación	Deriv. a Pcia.	Cº Cent. Cont.
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Pasajes	Plan	Ptmo.
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Ben. Acomp. Vía Total	Cº Hotel Cont.	Especialidad
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	Importe	
	<input style="width: 60px;" type="text"/>	

**REQUISITOS QUE DEBERA PRESENTAR PARA INICIAR DERIVACION FUERA DE LA  
PROVINCIA**

- \*COPIA DE CARNET ACTUALIADO O TARJETA MAGNETICA DEL TITULAR Y BENEFICIARIO**
- \*COPIA DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR**
- \*COPIA DE D.N.I. DEL TITULAR Y DEL BENEFICIARIO**
- \*COPIA DEL D.N.I. DEL ACOMPAÑANTE**
- \*COPIA DE LA POLIZA DE SEGURO DE SEPelio**
- \*DIRECCION DE E-MAIL DEL TITULAR O PACIENTE**
- \*APARTE DEL FORMULARIO DE TRES HOJAS, PEDIDO MEDICO ORIGINAL EN RECETARIO DEL ESTUDIO O PRACTICA A REALIZAR EN CENTRO FUERA DE LA PCIA.**
- \*FOTOCOPIA DE TODOS LOS ANTECEDENTES MEDICOS CLINICOS HECHOS HASTA EL MOMENTO**
- \*HISTORIA CLINICA COMPLETA**
- \*DIRECCION DE EMAIL**
- \*COPIA DEL ULTIMO RECIBO DE PAGO (AFILIACION INDIVIDUAL)**
- \*EL ACOMPAÑANTE DEBE SER MAYOR DE 21 AÑOS Y DEBE FIGURAR EN LA SOLICITUD AL MOMENTO DE PRESENTARLA, UNICAMENTE SE PODRA CAMBIAR EL MISMO CON UNA SEMANA DE ANTICIPACION A LA FECHA DE VIAJE CON MOTIVO DEBIDAMENTE JUSTIFICADO.**

DOCUMENTACION NECESARIA PARA FINANCIAR COSEGURO

TITULAR:

*CARNET DEL I.P.S.S.*

*RECIBO DE SUELDO (ULTIMO)*

GARANTE:

*CARNET DEL I.P.S.S.*

*RECIBO DE SUELDO (ULTIMO)*

GARANTE: Empleado Administración Pública Provincial Planta Permanente

(NO contratado, NI jubilado, NI pensionado) Debe estar en Actividad. EL GARANTE DEBE VENIR PERSONALMENTE A LA OFICINA DE CONVENIOS Y COSEGUROS.

MITRE N° 232