



Instituto  
de Seguros  
de Jujuy

# FORMULARIO DE DERIVACION A CENTROS ASISTENCIALES DE OTRAS PROVINCIAS

Versión 4 - 01/11/2019

LUGAR Y FECHA

día	mes	año

## SEÑOR PRESTADOR:

EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. SE SOLICITA COMPLETAR TODOS LOS DATOS REQUERIDOS CON LETRA CLARA Y SIN SIGLAS. LA AUDITORIA TÉCNICA SE RESERVA EL DERECHO DE DEVOLVER EL PRESENTE FORMULARIO PARA SU CORRECTA CONFECCIÓN CON LOS DATOS SOLICITADOS.

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES

CREDECIAL  
Nro.

DNI  
CUIL

SEXO

Mujer Varón

GÉNERO

Fem. Masc. Trans.F Trans.M Otro

## DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

## ESTADO ACTUAL

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS - COMORBILIDADES ASOCIADAS

## OBSERVACIONES

REQUIRIMIENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

REQUERIMIENTO DE TRASLADO EN VUELO SANITARIO

Justificación: \_\_\_\_\_

Justificación: \_\_\_\_\_

**EXPONGA LAS RAZONES POR LAS CUALES NO PUEDE SER ATENDIDO EN EL MEDIO LOCAL**

- FALTA ESPECIALIDAD REQUERIDA. Especifique: \_\_\_\_\_
- FALTA MÉTODO DIAGNOSTICO REQUERIDO. Especifique: \_\_\_\_\_
- A SOLICITUD DEL PACIENTE / FAMILIAR. Especifique: \_\_\_\_\_
- OTRAS RAZONES. Especifique: \_\_\_\_\_

**INDICAR TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS QUE NECESITA EL PACIENTE**

	SI	NO
MÉDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REQUIERE INTERNACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS. Especifique:	_____	

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

TELÉFONO DE CONTACTO

\_\_\_\_\_

**SEÑOR AFILIADO:**

Por Resolución N° 266/2016 los pedidos de Derivación deben tramitarse con **10 días de anticipación**. Las derivaciones se realizarán a centros en convenio con el ISJ, más cercano a la provincia de Jujuy.

Queda **prohibido el reconocimiento de gastos o reintegros a Afiliados que se autoderivaren y/o** a los que incurran en gastos adicionales a los contratados con el Centro, o que no sean previamente autorizados por Gerencia de Salud. En tales casos todos los gastos incurridos serán por cuenta y orden del Afiliado (artículo.12, Resol. N°266/2016).

Recuerde adjuntar fotocopias de Historia Clínica y Estudios previos.

En caso de derivación de Afiliado menor de 18 años, discapacitado o mayor de 75 años, siempre deberá ser acompañado por Padre, Madre o Tutor. Como así también en los casos de que por la patología sufrida por el paciente requiera de un acompañante.

**DATOS DEL AFILIADO**

DOMICILIO	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> <table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	día	mes	año				<b>EDAD</b> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> años			<b>ESTADO CIVIL</b> casado <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>
día		mes	año								
LOCALIDAD - DEPARTAMENTO - PROVINCIA											
CORREO ELECTRONICO											
TELEFONOS UTILES (fijo y/o celular)											

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE**

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b> _____		<b>DNI CUIL</b> - - - - - - - - - -					
DOMICILIO	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> <table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		día	mes	año		
día	mes	año					
LOCALIDAD - DEPARTAMENTO - PROVINCIA	<b>EDAD</b> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> años			<b>PARENTESCO</b> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____			
CORREO ELECTRONICO							
TELEFONOS UTILES (fijo y/o celular)							