

Informe de resultados y conclusiones de la derivación

Nombre afiliado:

Numero de afiliación:

Profesional:.....Especialidad:.....

Contacto del profesional:.....

Informe de resultados de la

derivación:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Puede regresar a su lugar de origen? Si.... No....

En caso negativo, justificar:-

.....

.....

.....

Controles y estudios a realizar en su localidad (aclarar fecha estimativa de controles):

.....

.....

.....

En caso de que el afiliado deba regresar a control, debe estar adecuadamente justificado el motivo por el cual no puede controlarse en lugar de origen (a evaluación posterior de auditoría. Consignar si la consulta puede realizarse en forma virtual.

.....

.....

.....

.....

Fecha:

Firma y sello: