
FORMULARIO: DERIVACIÓN MÉDICA PARA ESCUELA HOSPITALARIA

1. ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____

Rut: _____ Fecha de derivación a EH: ____ / ____ / ____

Diagnóstico(s) clínico: _____

Nombre del apoderado: _____ Celular: _____

2. INFORMACIÓN DE DERIVACIÓN: Tipo de respuesta educativa a derivar

- Sala hospitalaria: acto educativo impartido en sala cama del establecimiento de salud.
- Aula hospitalaria: acto educativo impartido en una sala de clases del establecimiento de salud.
- Atención domiciliaria: acto educativo impartido en el domicilio del estudiante.

3. PRECAUCIONES: recomendaciones que se deban tener con el paciente respecto del tipo de respuesta educativa indicada:

4. SEÑALAR TIEMPO DE DERIVACIÓN

Desde: _____ Hasta: _____

5. MÉDICO DERIVADOR

Nombre: _____

Especialidad: _____ Unidad/Hospital: _____

Firma y Timbre del médico

Nota importante: De no contar con toda la información solicitada, la derivación no será efectiva, entendiéndose responsabilidad que compete, según lo dispuesto en la Ley 20.584 y 20.422.-

*En base a la información descrita, el presente documento es parte de la ficha clínica de la institución.

La fecha HASTA corresponde al término de la derivación a la E.H o a la reevaluación de continuidad educativa

