Nombre de la clínica

Dirección · Teléfono · Correo electrónico

INFORME DE DERIVACIÓN

PLANTILLA PARA RELLENAR

Informe de derivación al médico

Resumen para valoración médica

Plantilla rellenable · haz clic en cada recuadro y escribe

Lugar y fecha:

A la atención de:

Centro o servicio:

Asunto: derivación de para valoración médica

Estimado/a doctor/a:

Le remito a este paciente, al que estamos tratando en nuestra clínica, con el resumen de su caso. El paciente ha autorizado que le enviemos esta información.

Datos del paciente

Campo	Dato
Paciente	
DNI / NIE	
Edad	
Autorización del paciente	

Motivo de la derivación

Valoración de fisioterapia

Prueba	Resultado
Dolor (EVA 0-10)	

Tratamiento realizado

-

-
-

Evolución

Solicitud

Atentamente,

Firma del fisioterapeuta

Fisioterapeuta: · Nº de colegiado: · Fecha:

Documento confidencial con datos de salud. Uso exclusivo del paciente o del destinatario autorizado.