



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

OSP

OBRA SOCIAL
PROVINCIA

FORMULARIO DE INTERCONSULTA DE MEDICO ESPECIALISTA PARA
PACIENTES CON INTERNACION CLINICA y/o QUIRURGICA

DECLARACION JURADA MEDICO TRATANTE-MEDICO INTERCONSULTOR-PACIENTE

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE DEL PACIENTE: **FECHA DE INGRESO:**...../...../.....

BENEFICIARIO N°:/..... **Sexo:** **MEDICO SOLICITANTE:**

SERVICIO: **HABITACION:**..... **CAMA:**.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

RESUMEN HISTORIA CLINICA

FIRMA Y SELLO DE MEDICO SOLICITANTE

INTERCONSULTA

MEDICO INTERCONSULTOR:..... **M.P.N°:**.....

INFORME DE INTERCONSULTA:

CONFORMIDAD DEL AFILIADO O FAMILIAR

FIRMA Y SELLO DE MEDICO INTERCONSULTOR