

PROGRAMA PROVINCIAL DE TUBERCULOSIS

Ministerio de Salud Pública - Salta

Ficha de Derivación



Referencia y Contrarreferencia de Pacientes con Tuberculosis

Derivación desde el Servicio: _____ **Institución:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Fecha de Derivación: ___/___/___ **Motivo de la derivación:** _____

Derivado al Servicio: _____ **Institución:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Datos del Paciente

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ **DNI:** _____

Dirección: _____ **Teléf/Celular** _____

Fecha Inicio del Tratamiento: ___/___/___ **Bacteriología:** + - **En estudio**

Número de Tomas **TB Localización:** _____

Esquema de Tratamiento

Fechas Estimadas de Control Médico en:

Lugar de Residencia ___/___/___ **Hospital Referencia** ___/___/___

Observaciones

Firma y Sello

TALON DE CONTRAREFERENCIA (Para el Centro Derivador o Programa TBC)

Servicio Receptor: _____ **Institución:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Paciente/Apellido y Nombre: _____

Fecha de Recepción: ___/___/___

Observaciones:

Firma y Sello