

## Epicrisis

Gerencia de Prestaciones Médicas  
**Dirección Regional Interior**

Se solicita al médico tratando llenar con letra clara este formulario a los fines de contar con la información necesaria que permita el seguimiento del paciente en su provincia de origen o avale nuevas derivaciones si se consideran necesarias.

Fecha

### Datos del Paciente

Nombre y Apellido ..... Edad

### Diagnóstico Enfermedad de Base

.....  
.....  
.....

### Diagnóstico de Egreso

.....  
.....  
.....

### Datos relevantes de estudios o interconsultas realizadas durante la derivación (TAC, RNM, Arteriografía, otros)

.....  
.....  
.....

### Procedimientos realizados durante la derivación, nombrar especialidad y resultado de los mismos

.....  
.....  
.....

### Indique, en su opinión, lo más significativo en relación al motivo de la derivación

.....  
.....

### Indique, en su opinión, cuáles son los requerimientos de control y tratamiento del paciente, y en caso de requerir nuevos controles fuera de su área de cobertura básica, explique los motivos

.....  
.....

### Datos del equipo y/o profesional tratante

### Para ser completado por OSPLAD

Nombres .....

En el día de la fecha se presenta el afiliado a efectos de comunicar la conclusión de la atención médica que dió origen a presente derivación.

Email .....

Teléfonos

Firma y Sello

Firma y Sello

Fecha