



# FORMULARIO DE INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN

**NOTA IMPORTANTE:** Para dar inicio a la gestión del paciente deben completarse todos los campos requeridos en el formulario.

FECHA SOLICITUD:

PAGINA 1

NOMBRES  APELLIDOS  EDAD

RUT  FECHA DE NACIMIENTO  TELÉFONO

DIRECCIÓN

Calle	Número	Comuna	Ciudad
-------	--------	--------	--------

ISAPRE  APODERADO  TELÉFONO

## DIAGNÓSTICOS

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE IV:

## MOTIVOS DERIVACIÓN

## OBJETIVOS PRINCIPALES DE DERIVACIÓN A REHABILITACIÓN

## INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

**DECLARACIÓN:** YO, .....  
EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE .....  
ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO, EN LO QUE RESPECTA A DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

FONO:

FIRMA Y TIMBRE:

RUT: