



FORMULARIO: DERIVACIÓN A ESCUELAS HOSPITALARIAS



IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		
NOMBRE DEL PACIENTE		
RUT:	FECHA DE DERIVACIÓN	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		
INFORMACIÓN DE DERIVACIÓN:		
1. INDICAR EL TIPO DE RESPUESTA EDUCATIVA A DERIVAR		
SALA HOSPITALARIA	☐	
AULA HOSPITALARIA	☐	
ATENCIÓN DOMICILIARIA	☐	
<i>*Sala hospitalaria: Acto educativo impartido en sala cama del establecimiento de salud.</i> <i>*Aula hospitalaria: Acto educativo impartido en una sala de clases del establecimiento de salud.</i> <i>*Atención domiciliaria: Acto educativo impartido en el domicilio del alumno.</i>		
2. PRECAUCIONES/RECOMENDACIONES QUE SE DEBAN TENER CON EL PACIENTE RESPECTO DEL TIPO DE RESPUESTA EDUCATIVA INDICADA:		
2. SEÑALAR EL TIEMPO DE DERIVACIÓN:		
DESDE:	HASTA:	

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

(Requisito obligatorio para una efectiva derivación)

LOS DATOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY