****

**FORMULARIO UNICO DE DERIVACIÓN**

**ATENCION CLINICA SALUD MENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE SOLICITUD** |  |
| **DATOS FUNCIONARIO QUE DERIVA** |
| **Nombre del funcionario Municipal que deriva al paciente** |  |
| **Municipio al que pertenece** |  |
| **DATOS DEL PACIENTE QUE SOLICITA HORA** |
| **Nombre**  |  |
| **Rut**  |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Edad**  |  |
| **Correo electrónico**  |  |

**ORIGEN DE DERIVACIÓN** (marque con una x )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicina**  | **Psicólogo** | **Psiquiatra**  | **Otro DETALLE**  |
|  |  |  |  |

**ADJUNTA EXAMENES O DOCUMENTOS COMO ANTECEDENTES PARA LA ATENCION:**

**Si \_\_\_\_\_\_ no :\_\_\_\_**

**Detalle documentos que adjunta**

**1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **MOTIVO DERIVACIÓN / BREVE SÍNTESIS CASO: (señale de manera detallada, motivo de solicitud de hora.)** |

**ENVIAR ESTE DOCUMENTO VIA CORREO ELECTRONICO:**

## **Mentalsalud020@gmail.com**