



OFICIO

Destinatario:

Fecha:

Remitente:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

AUTORIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN A CENTRO CONCERTADO PARA LA PRÁCTICA DE I.V.E
(Conforme a la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de Embarazo)

USUARIA

CÓDIGO CIP:

TELÉFONOS:

Nº DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL:

HOSPITAL REMITENTE:

REPRESENTANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

CALIDAD DE LA REPRESENTACIÓN:

PARA SU ASISTENCIA EN:

HOSPITAL /CENTRO SANITARIO:

SERVICIO:

FECHA Y HORA DE LA INTERVENCIÓN:

OBSERVACIONES: EDAD GESTACIONAL (Según edad gestacional de fecha)

Provincia, fecha
Firma Gerente Salud de Área