

Paciente:.....
Vivienda N°:.....
Localidad:.....
Fecha:.....
Derivado a:.....

H.R.R.G.



FORMULARIO N°

755

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

El Agente Sanitario:.....Sector:.....

Deriva a:.....

Vivienda:.....Localidad:.....

Presenta los siguientes síntomas:.....
.....
.....

Fecha

.....
Firma

Paciente:.....
Vivienda N°:.....
Localidad:.....
Fecha:.....
Derivado a:.....

H.R.R.G.



FORMULARIO N°

755

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

El Agente Sanitario:.....Sector:.....

Deriva a:.....

Vivienda:.....Localidad:.....

Presenta los siguientes síntomas:.....
.....
.....

Fecha

.....
Firma

Paciente:.....
Vivienda N°:.....
Localidad:.....
Fecha:.....
Derivado a:.....

H.R.R.G.



FORMULARIO N°

755

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

El Agente Sanitario:.....Sector:.....

Deriva a:.....

Vivienda:.....Localidad:.....

Presenta los siguientes síntomas:.....
.....
.....

Fecha

.....
Firma