POLICÍA NACIONAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

☆ ☆ ☆

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL
DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL

# AUTORIZACIÓN DE DERIVACIÓN DE PACIENTE

**ID N°** 375401
**EN EL MARCO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N°** 26/20.

Por la presente, se AUTORIZA la derivación del (la) paciente:

Nombre y Apellido : Walter Fabian Lobo Avalos

Edad: 42 años Sexo: Masculino Ficha 350.195. C.I.: 1.689.560

Grado: Sub crio N° Teléfono: 0981550197

Diagnóstico principal:
FAVA.

Motivo de la derivación:
Ecocardiografía transesofagica

Familiar que autoriza:

| | |
|---|---|
| Médico Solicitante (Firma y Sello) | Autorizante (Firma y Sello) |

Dra. Myriam Bazán Pereira
Comisario General Inspector
Directora Gral. Interina DGSP

Fecha: ____ / ____ / ____

**DATOS A LLENAR POR EL AUDITOR**

**LUGAR DE DERIVACION : (SANATORIO )**.....

**DIAS DE INTERNACION** :.....

**DIAGNOSTICO FINAL**:.....

.....

**DOCUMENTOS ANEXOS:**

.....

Médico Auditor (Firma y Sello)

Sanatorio Británico
*En salud, elegir bien es vital!!!*

**Sanatorio Britanico S.A.**
**Hospitales Generales y Especializados**
Gaspar Rodriguez de Francia 910 c/ Parapiti
Tel.: 418 0800
Asunción - Paraguay

**TIMBRADO N° 14505950**
Inicio Vigencia 03/12/2020
Fin Vigencia 31/12/2021
**RUC: 80071221-8**
**NOTA DE REMISION**
N° 001-001- 0000766

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Emisión: | 08/07/2021 | Km estimado: | |
| Nombre o Razón Social: | WALTER FABIAN LOSO ARALOS | RUC o C.I. del Destinatario: | 1629560 |
| Dirección de partida: | YVYRA PYTA N° 102 | Ciudad: Villa Elisa | Dpto.: 0983411175 |
| Dirección de llegada: | | Ciudad: | Dpto.: |
| Dirección: | | | |

| | |
|---|---|
| Fecha de Inicio del traslado: | Fecha del término del traslado: |
| Nombre o Razón Social del Transportista: | Número de R.U.A.: |
| Marca del vehículo de transporte: | N° de R.U.A. Remolque/tracto/Semi: |
| Dirección del conductor: | R.U.C. del transportista: |
| Nombre del conductor: | C.I. del conductor: |

| | |
|---|---|
| **DATOS DEL TRASLADO:** | |
| Comprobante de venta: | N° de comprobante: |
| Timbrado: | Fecha de expedición: |
| **Motivo:** | |
| **Cambio de fecha de término de traslado y/o punto de llegada** | |

| CODIGO | CANTIDAD | Descripción de Mercaderías |
|---|---|---|
| | 1 | ELOCARDIO TRANSESOFAGICA |

Dr. Victor Rojas Rodríguez
Cardiólogo Intervencionista
Reg. Prof. N° 7.456

ARIEL NÚÑEZ SILVERO
Suboficial Superior P.S.
Jefe de Admisiones

Lic. VERONICA CARDOZO
Suboficial Inspector
Auditora

**RECEPCIÓN DE LA MERCADERÍA**

| Firma | Aclaración | RUC/C.I. N° |
|---|---|---|
| | | 1.262.647 |