

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Nº Solicitud:
CA Solicitante:
CA Destino:
CIP-SNS:
Nombre solicitante:
Estado Solicitud:



Identificación del Paciente

Paciente:
Sexo:
CA Emisora de la TSI:
NIF/NIE:
Nacionalidad:
Aseguramiento Solicitud:
Dirección:
Provincia Residencia:
Teléfono:
Neonato con CIP Madre:
Ingresado en Origen:
Tipo de Transporte:

F. Nacimiento:
CIP-AUT:
ID CA Destino:
Pasaporte:
País de Nacimiento:
País de Aseguramiento:
Municipio:
Código Postal:
Correo-e:
Peso Neonato:
Acompañante:

Identificación del Solicitante

Centro Sanitario Solicitante:
Facultativo Solicitante:
Teléfono Facultativo:
Correo-e Facultativo:
Observaciones Solicitante

Servicio Sanitario Solicitante:
Unidad de Tramitación:
Fecha de Aceptación:
Fecha de Autorización:

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Nº Solicitud: 202113000006762

CA Solicitante: EXTREMADURA

CA Destino: GALICIA

CIP-SNS: BBBB BBBBJ514231

Nombre solicitante: ANA MARIA TORRADO GUILLEN

Estado Solicitud: AUTORIZADA

Observaciones Generales de la Solicitud

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

Centro Sanitario Solicitado y Asistencia Solicitada

Centro Sanitario Solicitado: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA **Servicio Sanitario Solicitado:** CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO

Facultativo Solicitado:

Unidad de Tramitación:

Tipo Asistencia Solicitada: PROC. HOSPITALARIOS (AI)

Revisión: No

Prioridad: NORMAL

Informe Clínico: 16-12-21 CACERES RIVERA, JUAN_signed.pdf

Observaciones Solicitado

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

Diagnósticos Solicitados

Código	Descripción	Versión
K51.4	PÓLIPOS INFLAMATORIOS DE COLON	CIE10 36.0