

ANEXO IV

DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL EN CASO DE EXCEPCIONES AL CIRCUITO DE DERIVACIÓN Y/O AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES (A cumplimentar en caso de discrepancia y/o diagnóstico de nueva patología)

Nombre y apellidos del paciente:

CIP del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nombre y apellidos del odontólogo/estomatólogo adherido :

Número de colegiado:

Clínica dental y dirección postal:

Teléfono:

Motivo de derivación a la USBD:

Anamnesis/Exploración:

Observaciones:

Pruebas complementarias:

Prescripción farmacéutica (si fuera precisa):

Fecha:

Firma del Odontólogo/ Estomatólogo: