

**Documento de remisión de pacientes
Hospital de Día de Rehabilitación para niños y adolescentes, de 3 a 14 años, con
enfermedades del sistema nervioso, anomalías congénitas y/o trastornos
mentales**

Datos del paciente

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento	Domicilio: calle, número, letra		
CIPA	Código postal	Municipio	Teléfono

Datos del padre, madre o representante legal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Domicilio: calle, número, letra			
Código postal	Municipio	Teléfono	DNI-NIE

Datos del médico especialista solicitante

Nombre y apellidos	Centro de trabajo
--------------------	-------------------

Motivo de la derivación

Diagnóstico derivación:
Informes clínicos justificativos:
Otros informes de interés:

El facultativo peticionario

Vº Bº Dirección Médica Hospital/Dirección
Asistencial Atención Primaria

Fdo.
Fecha:

Fdo.
Fecha: