



OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA  
Gipuzkoako Lurralde  
Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE  
SANIDAD Y CONSUMO  
Dirección Territorial de  
Gipuzkoa

**OROFARINGEKO MINBIZIA GARAIZ DIAGNOSTIKATZEKO PROTOKOLOA**

PROTOKOLO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER OROFARÍNGEO

**AURPEGI-MASAIETAKO KIRURGIAREN KONTSULTARA BIDERATZEKO INPRIMAKIA**

FORMULARIO DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

PAZIENTEA / PACIENTE: .....

OTI zk. / Nº TIS: .....

Tel. / Tel.: .....

**ESKAERA EGITEN DUEN ODONTOLOGO/ESTOMATOLOGOA**

ODONTOLOGO/ESTOMATÓLOGO SOLICITANTE: .....

KOLEGIATUAREN zk./ COLEGIADO Nº: ..... Tel. / Tel.: ..... FAXA / FAX: .....

KORREO ELEKTRONIKOA / CORREO ELECTRÓNICO: .....

**ESKAERAREN LEHENTASUNA / PRIORIDAD DE LA SOLICITUD:**

<b>URGENTEA / URGENTE</b>	<input type="checkbox"/>
<b>LEHENTASUNEZKOA / PREFERENTE</b>	<input type="checkbox"/>
<b>OHIKOA / ORDINARIA</b>	<input type="checkbox"/>

**ESKAERAREN ZERGATIA / MOTIVO DE LA SOLICITUD:**

.....

.....

.....

.....

DATA / FECHA: ..... **ESKAERA EGITEN DUEN ODONTOLOGO/ESTOMATOLOGOAREN SINADURA**

FIRMA DEL ODONTÓLOGO/ESTOMATÓLOGO SOLICITANTE

Faxeaz bidali, honako helbidera / Enviar por fax a:  
**DONOSTIA OSPITALEA – AURPEGI-MASAIETAKO KIRURGIAREN KONTSULTA**  
**HOSPITAL DONOSTIA - CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL**  
**FAXA. / FAX: 943 00 74 73**