



OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
Gipuzkoako Lurralde
Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE
SANIDAD Y CONSUMO
Dirección Territorial de
Gipuzkoa



**OROFARINGEKO MINBIZIAREN GARAIZ DIAGNOSTIKATZEKO
PROKOLOA**
PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER OROFARÍNGEO

AURPEGI-MASAIETAKO KIRURGIAREN KONTSULTARA BIDERATZEKO INPRIMAKIA
FORMULARIO DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

PAZIENTEA/PACIENTE:

OTIzk / N°TIS:

Tel./ Tel.:

ESKAERA EGITEN DUEN ODONTOLOGO/ESTOMATOLOGOA

ODONTOLOGO/ESTOMATÓLOGO SOLICITANTE:

KOLEGIATU zk./N° COLEGIADO:

ESKAERAREN LEHENTASUNA / PRIORIDAD DE LA SOLICITUD:

URGENTEA / URGENTE	<input type="checkbox"/>
LEHENTASUNEZKOA / PREFERENTE	<input type="checkbox"/>
OHIKOA / ORDINARIA	<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
FAX zk. / N° FAX: 943 00 74 73