



## ANEXO I

**SESCAM** Centro que efectúa la derivación:

### **PROTOCOLO DE ASISTENCIA EN CENTROS CONCERTADOS** **SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILO – FACIAL**

***DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA/ESPECIALIZADA***

- El paciente cuyos datos figuran a continuación se ha remitido a la Clínica .....  
.....para prestación del servicio de Cirugía Oral y Maxilo-Facial
- Nombre y apellidos: .....
- Número de Seguridad Social: .....D.N.I:.....
- Domicilio: .....
- Localidad: .....Número teléfono.....

**MOTIVO:** (Resumen sintomatología, exploración y pruebas, impresión diagnóstica, tratamiento previo)

**TRATAMIENTO PROPUESTO:** (Según procedimiento concertado)

Fecha y firma:  
Dr. D.:

***DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO CONCERTADO***

**Fecha:**  
**Exploraciones y pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento efectuado:**

**Observaciones:**

Fecha y firma:  
Dr.D.:

VºBº

**EL DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO**