



Nº de expediente:...../.....

## **ANEXO I-B**

### **PROPUESTA DE CANALIZACIÓN A SERVICIOS SANITARIOS DISTINTOS A LOS DE REFERENCIA**

#### **CENTROS DE CARÁCTER PRIVADO O NO INCLUIDOS EN CONCIERTO CON OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

- *Este Anexo I-B se adjuntará al Anexo I-A*

#### 1.- CENTRO Y SERVICIO QUE SE PROPONE

#### 2.- JUSTIFICACIÓN CLÍNICA QUE INDICA LA DERIVACIÓN

A la vista de la información que antecede, se propone la canalización del paciente al Centro y Servicio citado.

En ..... a..... de..... 20.....

El Responsable del Servicio

VºBº del Director Médico