



## DERIVACIÓN A UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

**DE:** Centro de Salud /Consultorio:  
Dr./Dra:

**A:** Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios

Adjunto remito los datos del paciente susceptible de inclusión en el *Programa de Asistencia Paliativa Domiciliaria* para enfermos con cáncer:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico principal:

Informe clínico:

Domicilio:

Teléfono:

Para cualquier aclaración ruego se pongan en contacto conmigo en el teléfono de mi Centro de Salud o Consultorio:

Fdo:

Fecha: