

**Protocolo de Interconsulta**

---

**PACIENTE**

---

Apellido y Nombre: .....

Nro. de registro:..... Edad: .....

Obra Social: ..... Teléfono: .....

---

---

**TERAPEUTA**

---

Apellido y Nombre: .....

Nro. Matrícula: ..... Teléfono/s: .....

Horarios por consulta de Auditoría: .....

---

---

**INTERCONSULTA**

---

Especialidad: .....

Fecha: .....

Motivo: .....

.....

Observaciones: .....

.....

---

Apellido y Nombre del Especialista: .....

Teléfono/s: .....

---

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Firma y Aclaración: \_\_\_\_\_  
Terapeuta