

**ANEXO**

**INFORME ATENCIÓN SANITARIA ACOMPAÑADA Y DE MÍNIMA ESPERA**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera)		Código Postal
Localidad	Provincia	AR

**2. INFORME**

Dada la situación clínica actual se considera que este paciente necesita, siempre que las disponibilidades del servicio lo permitan, sea atendido mediante:

**Atención acompañada**

**Atención de mínima espera**

**Ambas: Atención acompañada y de mínima espera**

Por lo tanto, se SOLICITA sea incluida esta circunstancia en la Base de Datos de Usuarios y en el resto de aplicaciones informáticas del Departamento de Sanidad

**3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

(imprescindible la firma de ambos profesionales, médico y trabajador social)

Informe médico emitido por (nombre y apellidos): Colegiado nº: En _____ a ___ de _____ de 202__  Observaciones: _____ _____
Informe social emitido por (nombre y apellidos): Colegiado nº: En _____ a ___ de _____ de 202__  Observaciones: _____ _____