



## INFORME DE TRANSFERENCIA/CIERRE DE CASO

Nombre del participante \_\_\_\_\_

# Récord: \_\_\_\_\_

Fecha Inicio Servicios Manejo de Casos \_\_\_\_\_

CPTET: \_\_\_\_\_

### RAZÓN DE CIERRE:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alta                         | <input type="checkbox"/> Caso Perdido |
| <input type="checkbox"/> Transferencia a otra Clínica | <input type="checkbox"/> Fallecido    |
| <input type="checkbox"/> Transferencia a EU           | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

### RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROVISTOS:

---

---

---

---

---

---

---

---

### RECOMENDACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Manejador de Caso Clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha