

TRASLADO PROGRAMADO

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO..... DNI..... N° AFILIADO.....

EDAD..... PESO..... ALTURA..... SEXO.....

Diagnóstico definitivo / presuntivo.....

MARCAR CON UNA X EL QUE CORRESPONDA O ESPECIFICAR EN "OTROS"

TIPO Y MOVILIDAD

Se solicita traslado en:

- Ambulancia común SIN médico
- Ambulancia común CON médico
- UTI móvil

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Estado actual:

- Postrado
- Colaborador
- Deambula por sus medios
- Obesidad
- Otros.....

CARACTERÍSTICAS DEL DOMICILIO

- Hab. planta alta
- Acceso dificultoso camilla por escalera
- Otros.....

MOTIVO DEL TRASLADO

- Consulta
- Práctica
- Internación
- Otro.....

TIPO DE RETORNO:

- Con espera y retorno
- Sin espera y con retorno
- Sin retorno

REQUERIMIENTOS:

- Silla de ruedas
- Camilla alta
- Otros: (oxígeno/tabla rígida/otros)
.....

DATOS DE ORIGEN

Día..... Hora.....

Desde: LOCALIDAD..... DIRECCIÓN (calle y número).....

CONTACTO..... TEL./CELULAR..... CP./ PCIA.....

Si es un establecimiento asistencial por favor completar:

ESTABLECIMIENTO..... TELÉFONO..... SECTOR/ HAB./CAMA.....

Profesional que entrega al paciente: NOMBRE Y APELLIDO.....

DATOS DE DESTINO

Hasta: LOCALIDAD..... DIRECCIÓN (calle y número).....

CONTACTO..... TEL./CELULAR..... CP./ PCIA.....

Si es un establecimiento asistencial por favor completar:

ESTABLECIMIENTO..... TELÉFONO..... ÁREA DE RECEPCIÓN.....

Profesional que recibe al paciente: NOMBRE Y APELLIDO.....

.....
Firma y Sello del Médico Solicitante

.....
Fecha