

SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA Completar por el médico solicitante

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

N° de afiliado: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

MOTIVO DEL TRASLADO / DIAGNÓSTICO JUSTIFICANDO PEDIDO DE TRASLADO EN AMBULANCIA:

TRASLADO (MARCAR CON UNA X)

Móvil común sin médico: _____ Móvil común con médico: _____ UTIM: _____

UTIM pediátrica: _____ UTIM neonatal: _____

Observaciones (requerimientos del móvil, oxígeno, peso del paciente, en silla de ruedas, etc.):

Con espera: _____ Con retorno: _____

Domicilio de origen: _____

Domicilio de destino: _____

Días y horarios de los traslados: _____

Horario de retorno: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO