Medifé

Fecha:

SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA

Completar por el médico solicitante

			7 - T	
DATOS DEL PACIENTE:				
Nombre y Apellido:				
N° de afiliado:	Edad:	Teléfono):	
MOTIVO DEL TRASLADO / DIAGN	JÓSTICO JUSTIFICANDO	PEDIDO DE TI	RASLADO EN AM	ARUI ANCIA:
MOTIVO DEL TINSENDO I DINGI	10311E0 JOSTII TEANDO		INSENDO EN AN	IDOLANCIA.
TRASLADO (MARCAR CON U	NA X)			
Mássil samán ain mádias.	AA świl comów com mádio		LITIAA	
Móvil común sin médico:			OTIM:	
UTIM pediátrica:	UTIM neonatal:	-		
Observaciones (requerimientos del r	mávil ovígono noso dol no	cionto on cillo	do ruodos oto li	
Observaciones (requenimentos dei r	novii, oxigeno, peso dei pa	ciente, en sina	de lucuas, etc.).	
Con espera: Con	retorno:			
•				
Domicilio de destino:				
Domicilio de destino:				
Días y horarios de los traslados:				
Horario de retorno:				
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO				