



FORMULARIO DE SOLICITUD – TRASLADOS PROGRAMADOS

Fecha de solicitud: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
Nro. Beneficiario: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Persona de contacto: _____ Teléfono Celular: _____

MOTIVO DEL TRASLADO

Diagnóstico: _____
Práctica a realizar: _____ Alta

REQUERIMIENTOS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Traslado común sin médico | <input type="checkbox"/> Camilla | |
| <input type="checkbox"/> Traslado común con médico | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Ida |
| <input type="checkbox"/> UTIM/UTIP | <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Espera y regreso |

ORIGEN

Denominación: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Médico tratante: _____
Fecha y hora: _____
Habitación: _____

DESTINO

Denominación: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Médico receptor: _____
Fecha y hora: _____

FIRMA

SE INFORMA QUE DICHA PLANILLA
DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DE INDICACIÓN MÉDICA.