

ANEXO II - FORMULARIO SOLICITUD DE SERVICIO DE TRASLADO



SOLICITUD DE SERVICIO DE TRASLADO

PACIENTE

Apellido y Nombre

D.N.I.:

Edad

Diagnostico:

Motivo del Traslado: AMBULATORIO

ALTA

DERIVACION

ESTUDIO

Deambula:

SI

NO

SERVICIO

Nombre del Servicio:

Médico Solicitante

Jefe del Servicio ó
Médico Interno

Dirección Médica

Firma y Sello

Firma y Sello

Firma y Sello

TRASLADO

<i>Solicitud</i>		<i>Tipo de Móvil</i>	
Fecha		U.T.I.M. <input type="checkbox"/>	Adulto <input type="checkbox"/>
Hora		<input type="checkbox"/>	Pediatrica <input type="checkbox"/>
Tipo	Urgente <input type="checkbox"/> Program. <input type="checkbox"/>		Neonatólogica <input type="checkbox"/>
<i>Traslado</i>		Ambulancia con Médico <input type="checkbox"/>	
Fecha		Ambulancia sin Médico <input type="checkbox"/>	
Hora		Oxígeno <input type="checkbox"/>	
Indicar hora del "Turno" ↻		Automóvil <input type="checkbox"/>	
		Requiere SILLA <input type="checkbox"/> CAMILLA <input type="checkbox"/>	
DESDE		HASTA	
Calle		Calle	
Entre calles		Entre Calles	
Localidad	Prov.:		
Telefono		Telefono	

Nota: Estimado profesional; se recuerda que es imprescindible completar todos los campos del formulario. Atte. Servicio de Traslados en Ambulancia