

SOLICITUD DE  
**DERIVACIÓN /  
TRASLADO**

**DATOS DE FILIACIÓN**

Apellido/s y nombre/s: .....  
Edad: ..... Fecha de nacimiento: ..... Género: .....  
DNI - LE - LC: ..... CUIL/CUIT: .....  
Número de afiliado/a: ..... Seccional: .....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Correo electrónico: ..... P rovin cia: .....  
Teléfono celular: ..... Teléfono fijo: .....  
Fecha a realizar el traslado: .....

**TRASLADO EN AMBULANCIA**

Común sin médico       Con retorno       Con espera  
 Común con médico       UTIM Adultos       Camilla       Respirador  
    UTIM Pediátrica       Silla de ruedas       Bomba de infusión  
    UTIM Neonatal       Oxígeno       Incubadora

**TRASLADO EN REMIS**

Con retorno  
 Con espera

**TRASLADOS DESDE/HASTA**

Desde (Institución/ Dirección): .....  
Entre calles: ..... Localidad: .....  
Municipio: ..... P rovin cia: ..... Teléfono: .....  
Hasta (Institución/ Dirección): .....  
Entre calles: ..... Localidad: .....  
Municipio: ..... P rovin cia: ..... Teléfono: .....

**MOTIVO DEL TRASLADO**

Paciente postrado/a Paciente en       Marcha con bastón  
 silla de ruedas       Marcha asistida por terceros Marcha  
 Otras .....       independiente

**DIAGNÓSTICO/ DATOS CLÍNICOS (RESUMEN DE HC)**

Diagnóstico: .....  
Resumen de HC: .....  
.....  
.....

**PRESTACIÓN A REALIZAR**

Derivación:  Código rojo       Código amarillo      Traslado:  Con retorno       Sin retorno  
Institución: ..... Cama: .....  
Ubicación:  Guardia       UTI       UCO       UTIP       Maternidad       Neonatología  
 Práctica diagnóstica      Práctica: ..... / ..... / ..... H.  
 Práctica terapéutica      Práctica: ..... / ..... / ..... H.  
 Consulta médica      Profesional: ..... Especialidad ..... / ..... / .....  
..... H.

**FRECUENCIA DE TRASLADO**

Única vez  
 2 veces por semana      Días: .....      Inicio: ..... / ..... / .....      Finalización: ..... / ..... / .....  
 3 veces por semana      Días: .....      Inicio: ..... / ..... / .....      Finalización: ..... / ..... / .....  
 5 veces por semana      Días: .....      Inicio: ..... / ..... / .....      Finalización: ..... / ..... / .....  
 Diario      Días: .....      Inicio: ..... / ..... / .....      Finalización: ..... / ..... / .....

**DATOS DEL/LA MÉDICO/A TRATANTE**

Apellido/s y nombre/s: .....  
Matrícula Nacional: ..... Localidad: .....  
Matrícula Provincial: ..... P rovin cia: .....  
Teléfono de contacto: ..... Correo electrónico: .....  
Lugar: ..... Fecha: .....

.....  
Firma y sello médico/a tratante

.....  
Firma del beneficiario/a-madre-padre-tutor/a