

SOLICITUD DE TRASLADO DE PACIENTES - ATENCION PROGRAMADA

(Los pedidos deberan gestionarse apenas sean recibidos. Como excepci3n se podr3n recibir 72 horas h3biles previas al turno)

CENTRO: _____ **Fecha** / /

Apellido y Nombre: _____

Edad: _____

N° de Documento: _____

-Solicito traslado en Ambulancia Sin M3dico

-Solicito traslado en Ambulancia Con M3dico

-Solicito traslado en Autom3vil

Desde (calle y N°): _____

Localidad: _____ **TE:** _____

Hasta (calle y N°): _____

Localidad: _____ **TE:** _____

IDA: _____ **IDA Y VUELTA:** _____

Motivo del traslado: _____

-Paciente postrado:

-Paciente en silla de ruedas:

-marcha en bast3n:

-marcha asistida por terceros:

-marcha independiente:

DIAGNOSTICO: _____

DIA DEL TURNO / OS: _____

PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	HORA DEL TURNO

FRECUENCIA: Unica vez _____

Otra (especificar situaci3n): _____

Firma y Sello

Firma y Sello Coordinador