

## DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Prepaga / Obra social: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ kg

## DATOS DEL TRASLADO

ALTO RIESGO  BAJO RIESGO  TPCD (personas c/capacidades diferentes)  
 IDA  REGRESO  IDA Y REGRESO  CON ESPERA  SIN ESPERA

## DISTANCIA:

URBANO (MENOR A 51 KM)  LARGA DISTANCIA (DE 51 KM A 150 KM)  
 LARGA DISTANCIA (151 KM A 400 KM)

## REQUERIMIENTOS

CON MEDICO  CHOFER  CON SILLA  
 SIN MEDICO  ENFERMERO-CHOFER  CON CAMILLA  
(paciente ESTABLE c/cuidados de enfermería)

¿Uds. recomienda acompañante?  NO  SI Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

## REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS

RESPIRADOR X ARM  INCUBADORA DE TRASPORTE  BOMBA DE INFUSIÓN  
CANTIDAD: \_\_\_\_\_  
 VIA PERIFERICA  VIA CENTRAL  AISLAMIENTO DE CONTACTO  AISLAMIENTO RESPIRATORIO

## ESTUDIO/PRACTICA A REALIZAR

PRUEBA DIAGNOSTICA  INTERCONSULTA  REHABILITACION  ALTA MEDICA  
MÉTODO COMPLEMENTARIO:  C/ CONTRASTE  S/CONTRASTE

## ORIGEN DEL TRASLADO

Fecha y hora de traslado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico que solicita: \_\_\_\_\_

Firma del médico solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Domicilio de origen: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

INTERNACIÓN  UTI  N°  N° CAMA  
 GUARDIA  HABITACIÓN/SALA

## DESTINO DE TRASLADO:

Fecha y hora de traslado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio de destino: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

INTERNACIÓN  GUARDIA  UTI  N° HABITACIÓN/SALA  N° CAMA

## PERSONAL QUE RECIBE AL PACIENTE:

MÉDICO  ENFERMERO  TÉCNICO  FAMILIAR/TUTOR

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del administrativo responsable: \_\_\_\_\_

## CIRCUITO DE PEDIDO DE TRASLADO PROGRAMADO

1- Llenar el formulario de traslado, (FUNDAMENTAL para el traslado).

2- Controlar que este completo por los solicitantes.

3- Enviar el adjunto por Mail a: operativo@emec.com.ar, despacho@emec.com.ar, traslados@emec.com.ar.

4- Adjuntar la autorización de la O.S/prepaga si corresponde.

5- REALIZAR DE FORMA INMEDIATA LLAMADO telefónico para confirmación de recepción de pedido y disponibilidad, según recursos y sistema.

6- Conformidad de las partes: mediar para que se realice comunicación entre los médicos.