

## Solicitud de traslados programados

Fecha del pedido: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nro. de Socio: \_\_\_\_\_

Cel.: 0 [ ][ ][ ][ ] 15 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tel. fijo: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

CUD: SÍ  NO

### Motivo del traslado/diagnostico (reseña):

Consulta  Estudio / Practica  Otro  ¿Cuál? (el motivo debe ser estrictamente médico): \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Tipo de movil:

Remis  Ambulancia (seleccione opción de ambulancia):

Común con médico  Común sin médico  UTIM Adulto  UTIM Pediátrica

Requerimiento especial de ambulancia: Oxígeno  Respirador de transp  Silla  Camilla  Otros  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Datos de traslado:

Nro. de traslados solicitados: Único  Múltiples (indique días solicitados): \_\_\_\_\_

Fecha del traslado: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Domicilio de origen: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Domicilio de destino: Consultorio / Clínica / Sanatorio  Laboratorio  Rehabilitación

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono de destino: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Hora en destino: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora en origen: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sin retorno

Sin espera con retorno

Con espera y retorno

Al mismo domicilio  A otro domicilio

Domicilio de retorno: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de médico.