



Planilla de Solicitud para Traslado

Fecha de prescripción:/...../.....

Datos del Afiliado

Apellido y Nombres:.....

Nº de D.N.I.:.....

Edad:.....años. Sexo:M F Peso.....

Teléfono de Contacto.....

Motivo del Traslado

- 1) Alta Programada
2) Derivación a otro Centro
3) Realización de Estudios Médicos en paciente internado

Diagnóstico:.....

Estado Actual del/a Paciente:

Tipo de Traslado

- Con Médico Con Silla de Ruedas
Sin Médico Con Camilla
Con Oxígeno Ida Ida y Vuelta

Otros Datos del Traslado

Fecha de traslado:

Hora.....

Desde (dirección):.....

Hasta (dirección):.....

Datos de la Internación: Servicio..... Habitación..... Cama.....

En caso de derivación, Médico que recibe.....

Datos del Profesional Solicitante

Nombre y Apellido del Médico Prescriptor.....