



## SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA

F-MO-01  
Versión 00

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| <b>SOLICITANTE</b>        | Institucion:..... Referente:.....<br>Telefono: .....<br>Fecha de pedido: ..... Hora:.....<br>Responsable del pedido: .....                |   |
| <b>BENEFICIARIO</b>       | Nº de afiliado:.....<br>Apellido y Nombre:.....<br>Edad:.....   | <input type="checkbox"/> Gravado<br><input type="checkbox"/> No gravado |
| <b>ORIGEN</b>             | Desde:.....<br>Domicilio: .....<br>Localidad: .....   | Piso:... Hab: .....   |
| <b>DESTINO</b>            | Hasta: .....<br>Domicilio: .....<br>Localidad: .....  | Tel.:.....<br>Referente: .....  |
| <b>HORARIOS</b>           | Fecha de Prestacion: .....<br>Hora de arribo a <b>ORIGEN</b> :.....<br>Hora de arribo a <b>DESTINO</b> : .....                            | Con retorno: SI... NO....<br>Con espera: SI .... NO ....                |
| <b>TIPO DE MOVIL</b>      | Comun sin medico:<br>UTI:<br>Observaciones:   | Comun con medico:<br>UTI NEO  |
| <b>REQUERIMIENTOS</b>     | Silla propia: SI.....NO.....<br>Deambula: SI.....NO.....<br>Camilla: SI.....NO.....   |   |
| <b>INFORMACION MEDICA</b> | Diagnostico:.....<br>Motivo del traslado: .....<br>Practica solicitada: .....<br>Medico solicitante: .....<br>Recepcion en destino: ..... |   |
|                           |   |   |
|                           | Firma Profesional   | Firma Paciente, Familiar o Tutor  |