

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRASLADOS PROGRAMADOS

A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE.....

EDAD:

SEXO

M

☐

F

☐

TIPO Y N° DE DOCUMENTO TEL.....

MOTIVO DE TRASLADO

DIAGNÓSTICO.....

REALIZA PRÁCTICAS :

SI

☐

NO

☐

DOMICILIO POR ALTA

SI

NO

☐☐

JUSTIFICACIÓN DEL TRASLADO O DIAGNÓSTICO.....

TRASLADO A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD¿ CUÁL?.....

CRONOGRAMA DE TURNOS / TRASLADO (Fecha y Hora)

...../...../..... :

DATOS DEL TRASLADO

DESTINO

DISTANCIA RECORRIDA EN KM

Sólo si la distancia IDA Y VUELTA es mayor a 30 km

PERSONAL AUTORIZADO AL TRASLADO

ENFERMERO/A.....DNI

MEDICO/A.....DNI.....

CONDUCTOR.....DNI.....

.....
Firma y sello del Médico tratante
CePSI Eva Perón

.....
Autorización de la Dirección
CePSI Eva Perón