

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre

Nº Afiliado

Diagnóstico

DATOS DEL TRASLADO

Motivo del traslado

Fecha de traslado ____ / ____ / ____

Horario de inicio _____ hs Horario de término _____ hs

Desde (Origen)

Hasta (Destino)

Observaciones

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marcar opción)

- ☐ 900201 – Traslado sin asistencia médica ida o vuelta (simple)
- ☐ 900202 – Traslado sin asistencia médica ida o vuelta (doble)
- ☐ 900203 – Traslado con asistencia médica ida o vuelta (simple)
- ☐ 900204 – Traslado con asistencia médica ida o vuelta (doble)
- ☐ 900205 – Traslado UTI móvil ida y vuelta (simple)
- ☐ 900206 – Traslado UTI móvil ida y vuelta (doble)
- ☐ 900207 – Traslado NEO

CONFORMIDAD Y AUTORIZACIONES

.....
Firma y Sello
Médico Solicitante

.....
Firma y Sello
Médico Auditor

Firma Afiliado o Familiar

Aclaración

DNI Paretesco