

## TRASLADO EN AMBULANCIA / INTERNACIÓN

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **MONTO TOTAL:** \_\_\_\_\_

Completar con letra de imprenta legible. \* Oblig.

### DATOS DEL SERVICIO DE TRASLADO

Servicio: \_\_\_\_\_

N° de referencia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo del llamado: \_\_\_\_\_

\* Complejidad del móvil requerida: \_\_\_\_\_

\* Condición clínica del paciente: \_\_\_\_\_

\* Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Distancia de recorrido (en Km) \_\_\_\_\_ Tiempo de espera: SI  NO  Horas \_\_\_\_\_

### DATOS DEL AFILIADO A TRASLADAR

\* Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

\* N° de afiliado: \_\_\_\_\_ \* Edad: \_\_\_\_\_ \* Sexo: M  F

Persona de contacto (familiar o tercero): \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DERIVANTE

\* Denominación: \_\_\_\_\_

\* Profesional solicitante: \_\_\_\_\_ \* N° Matrícula: \_\_\_\_\_

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

\* Código CUC: \_\_\_\_\_

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR

\* Denominación: \_\_\_\_\_

Profesional que recibe: \_\_\_\_\_ N° Matrícula: \_\_\_\_\_

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

Código CUC: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR DE TRASLADO

Denominación: \_\_\_\_\_

Operador: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

ORIGEN: Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma  
Afiliado, familiar o tercero

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Establecimiento receptor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Establecimiento derivante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Servicio de traslado