

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