

TRASLADO EN AMBULANCIA / PEDIDO MÉDICO

Fecha: / /

Datos de la/del afiliada/o a trasladar

Apellido y nombres: _____

Nº de afiliada/o: _____ Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Persona de contacto (familiar o tercero): _____

Teléfono de contacto: _____

Datos del servicio de traslado (marque con una X lo que corresponda)

Motivo del traslado:

URGENCIA	PROGRAMADO	
Requerimiento de mayor complejidad	SI	NO
Alta a domicilio	SI	NO
Traslado para estudio/ tratamiento	SI	NO

Complejidad del móvil requerida:

Común sin médica/o	SI	NO
Común con médica/o	SI	NO
UTIM adultos	SI	NO
UTIM pediátrica	SI	NO

Con ventilador mecánico	SI	NO
Común oxígeno suplementario	SI	NO
Con bomba de infusión continua	SI	NO
Con vasoactivos	SI	NO

Cuántas	1	2	3	4	5	otro:
---------	---	---	---	---	---	-------

Resumen de Historia Clínica (letra legible):[illegible]

Diagnóstico: _____

Firma y sello del profesional solicitante

Sello del establecimiento solicitante