

Fecha:.....

Solicitud de Traslado Programado

Médico solicitante:.....

Teléfono del profesional:.....

Afiliado:.....

Nº de beneficiario:.....

Teléfono:.....

Fecha del turno:..... A las.....

Origen:.....

Destino:.....

Diagnóstico:.....

Internación domiciliaria: SI / NO

Solicita traslado: SI / NO

Con camilla: SI / NO

Pesa más de 100 kilos: SI / NO

Claustrofóbico: SI / NO

.....
Firma y Sello

El formulario debe estar acompañado por resumen de historia clínica actualizada (cada 3 meses discapacitados y enfermos crónicos) y orden médica