

**FORMULARIO DE TRASLADO**

Nombre y apellido:

.....

N° de Afiliado

.....

Origen del traslado

.....

Destino del traslado

.....

Ida:

Ida y vuelta:

Con médico:

Sin médico:

Diagnóstico del paciente:

.....

.....

.....

Firma y sello del médico

**Observación**

Estado del paciente:.....

Motivos que originan el traslado:

Estudio:.....

Derivación:.....

Alta:.....

Quimioterapia:.....

Radioterapia:.....