

FORMULARIO DE TRASLADONombre y apellido:
.....
.....N° de Afiliado
.....
.....Origen del traslado
.....
.....Destino del traslado
.....
.....

Fecha de traslado / Horario de traslado

Ida: Ida y vuelta: Con médico: Sin médico: Diagnóstico del paciente:
.....
.....
..........
Firma y sello del médico

Fecha

Observación

Estado del paciente:.....

Motivos que originan el traslado:

Estudio:.....

Derivación:..... Médico Receptor.....

Alta:.....