

FORMULARIO DE TRASLADONombre 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 médicoObservación
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....