

# TRASLADO PROGRAMADO



## DATOS DEL AFILIADO

Sr. .... DNI. .... N° AFILIADO ..... EDAD ..... PESO ..... ALTURA .....

DOMICILIO / LOCALIDAD ..... TELÉFONO .....

MARCAR CON UNA X EL QUE CORRESPONDA O ESPECIFICAR EN "OTROS"

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

- Postrado
- Colaborador
- Deambula por sus medios
- Obesidad
- Otros .....

### CARACTERÍSTICAS DEL DOMICILIO

- Hab. planta alta
- Acceso dificultoso camilla por escalera
- Otros .....

TELÉFONO DEL SISTEMA DE TRASLADOS  
**0810 - 888 - 3226 (ECCO)**

### Se solicita traslado en:

- Ambulancia común SIN médico
- Ambulancia común CON médico
- UTI móvil

### Tipo de retorno:

- Con espera y retorno
- Sin espera y con retorno
- Sin retorno

### Requerimientos:

- Silla de ruedas
- Camilla alta
- Otros .....

## DESTINO

Desde .....

Hasta .....

Para el día ..... / ..... / ..... a las ..... HS. | En destino: a las ..... HS.

## MOTIVO DEL TRASLADO

Para consulta  Para práctica  Otros  Descripción .....

Diagnóstico .....

Médico que recibe al paciente (completar en caso de corresponder) .....

En caso de estar internado indicar habitación: HAB N°: .....

.....  
**Firma y Sello del Médico Solicitante**

.....  
**Fecha**