

SOLICITUD DE TRASLADO

APELLIDO Y NOMBRES	N° DE AFILIADO	RAPARTICIÓN	EDAD	DOCUMENTO
DOMICILIO				TELÉFONO
LUGAR A TRASLADAR	DOMICILIO		TELEFONO	
RESUMEN DE HISORIA CLINICA				
JUSTIFICAR MEDICAMENTE EL TRASLADO				
MEDIO: AEREO <input type="checkbox"/> AMBULANCIA <input type="checkbox"/> AUTOMOTOR <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVO <input type="checkbox"/> COMBI <input type="checkbox"/> CON MEDICO <input type="checkbox"/> CON ENFERMERA <input type="checkbox"/> CON OXIGENO <input type="checkbox"/> UNIDAD CORONARIA <input type="checkbox"/> INCUBADORA <input type="checkbox"/> ESPERA <input type="checkbox"/>				
CANTIDAD DE VIAJES SOLICITADO				
JUSTIFICAR EL MEDIO DE TRANSPORTE				
				FIRMA