COBERTURA DE TRASLADO – FORMULARIO 2027

APELLIDO Y NOMBRES	DNI DEL AFILIADO	EDAD	DOCUMENTO

DOMICILIO DEL AFILIADO	TELEFONO
DOMICILIO A TRASLADAR	TELEFONO

HISTORIA CLINICA

JUSTIFICAR MEDICAMENTE EL TRASLADO

MEDIO

AMBULANCIA (INDICAR EMPRESA)	AUTOMOTOR –(INDICAR EMPRESA /TRANSPORTISTA)

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

CRONOGRAMA DE ATENCION

NOMBRE Y APELLIDO:
DNI:
DOMICILIO DEL CENTRODE REHABILITACION /CONSULTORIO/INSTITUCION EDUCATIVA
PERIODO:

FRECUENCIA	**HORARIO DE INGRESO**	**HORARIO DE EGRESO**	**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

IMPORTANTE

EL DOMICILIO DEL AFILIADO DEBE ESTAR ACTUALIZADO EN SU AFILIACION.

EL CRONOGRAMA DE ATENCION DEBE ESTAR FIRMADA Y SELLADA POR CADA PROFESIONAL.

NO SE RECONOCEN FERIADOS NI FINES DE SEMANA.

SUB GERENCIA DE JUNTA DE ADMISION
TEL: 4323151 – WPP 387 – 5320413
MITRE Nº 355
CORREO ELECTRONICO: juntaadmision@ipssalta.gov.ar