



SOLICITUD DE TRASLADO

APELLIDO Y NOMBRE:.....USUARIO N°.....

OBRA SOCIAL:..... N°..... EDAD:.....

DIAGNOSTICO:.....

FUNDAMENTO DEL TRASLADO:.....

.....

DESDE:.....HASTA:.....

RETORNO SI NO

MOTIVO SOCIAL SI NO

MEDICO SI NO

CAMILLA SI NO

SILLA DE RUEDAS SI NO

AMBULANCIA SI NO

FECHA TRASLADO

HORARIO DEL TURNO

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

ACOMPAÑANTE SI NO USUARIO N°.....

JUSTIFICACION ACOMPAÑANTE.....

.....

AUDITORIA MEDICO.....

