

**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuercabasalud.com.ar](http://www.luzyfuercabasalud.com.ar)

# TRASLADO PEDIÁTRICOS Y NEONATALES DE ALTA COMPLEJIDAD

**DATOS DEL PACIENTE**Apellido y Nombres: EDAD:  horas  días Para el caso de menores de 1 mes  
 meses  años Para el caso de mayores de 1 mesPN \_\_\_\_\_  
EG \_\_\_\_\_  
Peso Actual \_\_\_\_\_  
Hora de Nac. \_\_\_\_\_  
Apgar \_\_\_\_\_**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (CONSTATAR ÚLTIMA EVOLUCIÓN Y LABORATORIO)**

---

---

---

---

**DIAGNÓSTICO Motivo o indicación del traslado**

Signos vitales	Hora	FC	FR	T°	TA	Sat O2	con/sin O2	Glasgow

¿Requiere incubadora? SI \_\_\_ NO \_\_\_      ¿Internación domiciliaria? SI \_\_\_ NO \_\_\_

**Suficiencia Respiratoria**

Intubación endotraqueal: SI \_\_\_ NO \_\_\_      Traqueostomizado: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Respira espontáneamente: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Ventilación asistida: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ARM \_\_\_ BIPAP \_\_\_

Requerimiento de Oxígeno: Naricera \_\_\_ Halo \_\_\_ Máscara \_\_\_ ARM \_\_\_

**Suficiencia Cardiovascular**

Cardiopatía congénita: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Infusión de prostaglandina (Ductus dependiente) SI \_\_\_ NO \_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Drogas inotrópicas y/o vasoactivas: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuáles y que dosis? \_\_\_\_\_

¿Cuáles y que dosis? \_\_\_\_\_

¿Cuáles y que dosis? \_\_\_\_\_

**Accesos Vasculares**

Vía periférica: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Vía umbilical (RN) SI \_\_\_ NO \_\_\_

Vías centrales: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Bombas de infusión: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

-----

**FIRMA DEL MÉDICO**

**SELLO**

**Localización del paciente en la institución que deriva**

Institución - Sector / Piso / Cama: \_\_\_\_\_

Médico que deriva: \_\_\_\_\_

**Localización del paciente en la institución que recibe**

Institución - Sector / Piso / Cama: \_\_\_\_\_

Médico que recibe: \_\_\_\_\_