

FORMULARIODescargado de www.luzyfuerzabasalud.com.ar**TRASLADO EN AMBULANCIA - ADULTO****DATOS DEL PACIENTE****FECHA**

/ /

Apellido y Nombre: _____ Documento N°: _____

N° de Beneficiario: _____ Edad: _____ Sexo: _____

MOTIVO DEL TRASLADO

¿El afiliado es autoválido? NO SI**TIPO DE TRASLADO**

-
- AMBULANCIA COMÚN CON MÉDICO
-
-
- AMBULANCIA COMÚN CON MÉDICO
-
-
- UTIM

-
- SENTADO
-
-
- SILLA DE RUEDAS
-
-
- CAMILLA

CANT. DE TRASLADOS

-
-
- IDA
-
-
- IDA Y VUELTA

DATOS DEL TRASLADO**ORIGEN:**

DOMICILIO: _____ PISO: _____ DPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

DESTINO

DOMICILIO: _____ PISO: _____ DPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

/ / ----- Fecha	----- FIRMA DEL MÉDICO	----- SELLO
-----------------------	---------------------------	----------------