

# Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

FECHA: ..... de ..... de ..... LOCALIDAD: .....

## 1/ DATOS AFILIADO/A

Apellido y Nombres: .....

N° de afiliado/a: ..... Titular: .....

Teléfono de contacto: .....

Fliar directo ☐ Fliar a cargo ☐ Voluntario ☐ Edad: ..... Sexo: .....

.....  
Firma del afiliado/a solicitante  
o responsable (Indicar parentesco)

.....  
Aclaración

## 2/ DATOS DEL MÉDICO/A E INSTITUCIÓN SOLICITANTE (Completa médico)

Apellido y Nombres: .....

Especialidad: ..... MP RN N° .....

Tipo de traslado que aconseja: .....

**Referencia:** Movil sanitario con asistencia profesional no médica - Ambulancia baja complejidad con asistencia profesional no médica - Ambulancia baja complejidad con asistencia médica - Ambulancia alta complejidad.

## 2.1/ INFORMACIÓN DEL AFILIADO (Completa el médico)

Diagnóstico o presunción diagnóstica: .....

Resumen Historial Clínico: .....

# Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

## 2.2/ MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DERIVACIÓN (Completa médico)

El motivo de la solicitud del traslado es: .....

.....

.....

Razones por las que no se realiza en el lugar de residencia: .....

.....

.....

.....  
Sello médico tratante

.....  
Firma médico tratante

## 3/ AUDITORÍA MÉDICA DE IPROSS (Completa auditoría)

AUTORIZA ☐

Traslado: EMERGENCIA ☐ URGENCIA ☐ PROGRAMADO ☐

Tipo de traslado: LOCAL ☐ INTERURBANO ☐ LARGA DISTANCIA

Tipo de móvil:  
AMBULANCIA ALTA COMPLEJIDAD ☐ AMBULANCIA BAJA COMPLEJIDAD CON ASISTENCIA PROFESIONAL NO MÉDICA ☐

AMBULANCIA BAJA COMPLEJIDAD CON ASISTENCIA MÉDICA ☐ MOVIL SANITARIO CON ASISTENCIA PROFESIONAL NO MÉDICA ☐

Código de Prestación: .....

ORIGEN: ..... DESTINO: .....

NO AUTORIZA ☐

Razones: .....

.....

.....  
Sello médico auditor

.....  
Firma médico auditor

## Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

### 4/ DELEGACIÓN (Completa delegación)

Sede/ Localidad: .....

Coseguro: PAGO ☐ NO REQUIERE COSEGURO ☐

.....  
FIRMA DELEGACIÓN  
(Por pago de coseguro)

### 5/ PRESTADOR (Completa prestador de servicio)

FECHA: ...../ ...../ .....

Origen del traslado: .....

Destino del traslado: .....

HORA DE ESPERA ☐ Cantidad: .....hs.

KM TOTALES ☐  
(ida y vuelta)

.....  
Firma del prestador a cargo

.....  
Firma del afiliado/a (pasajero)