

Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

FECHA: de LOCALIDAD:

1/ DATOS AFILIADO/A

Apellido y Nombres:

Nº 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 médica tratante

3/ AUDITORÍA MÉDICA DE IPOROSS (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 MOVIL SANITARIO CON ASISTENCIA
CON ASISTENCIA MÉDICA PROFESIONAL NO MÉDICA

Código de Prestación:

ORIGEN: DESTINO:

NO AUTORIZA

Razones:

Sello médico auditor

Firma médica auditor

Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

4/ DELEGACIÓN (Completa delegación)

Sede/ Localidad:

Coseguro: PAGO NO REQUIERE COSEGUR

.....
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)