



Solicitud de Traslado Terrestre Sanitario

FECHA: de de LOCALIDAD:

1/ DATOS AFILIADO/A

Apellido y Nombres:
N° de afiliado/a: Titular:
Telefono de contacto:
Fliar directo Fliar a cargo Voluntario Edad: Sexo:

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

.....
Aclaración

2/ DATOS DE 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 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 movil:
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:

Destino: 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)