JERÁRQUICOS

Pedido de Traslado

FORMULARIO

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombres: N° de Socio:

Edad (año/meses): Peso: Localidad:

Diagnóstico: Fecha prescripción: / /

El paciente se encuentra en: ☐ Silla de ruedas ☐ Camilla

DATOS DEL TRASLADO (Señale el traslado que requiera con una cruz)

☐ **TRASLADO PACIENTE INTERNADO** ☐ **TRASLADO AMBULATORIO**

Motivo: Fecha de traslado: / /

Lugar de origen: Número de Habitación / Cama:

Domicilio:

Localidad:

Lugar de destino: Hora de turno:

Domicilio:

Localidad:

OBSERVACIONES:

AMBULANCIA (Señale lo que corresponda con una cruz)

☐ Común ☐ UTI ☐ UTI Neonatal ☐ Con incubadora ☐ Con enfermero ☐ Con Médico ☐ AMR

DISTANCIA

☐ Ida ☐ Ida y Vuelta ☐ Con espera Kilómetros totales:

NOTA: La confección incompleta de este formulario exime a la Mutual Jerárquicos de la responsabilidad de suministrar el traslado solicitado.

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO QUE RECIBE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Tel. de contacto: .....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL FAMILIAR A CARGO

Tel. de contacto: .....

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

REV. 3 - OCTUBRE 2022