

SOLICITUD DE TRANSPORTE

TIPO DE COMPLEJIDAD DE LA AMBULANCIA

BASICA
 MEDIANA
 ALTA

FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD
 HORA RECEPCIÓN SOLICITUD

NOMBRE DEL PACIENTE	
FECHA DE TRASLADO	
HORA DE CITACIÓN	
MOTIVO DE TRASLADO	

LUGAR DE ORIGEN		CONTACTO	
DIRECCION DE ORIGEN			
PISO		CAMA	

LUGAR DE DESTINO		CONTACTO	
DIRECCION DE DESTINO			
PISO		CAMA	

REQUERIMIENTO		CONDICIÓN DE TRASLADO		AISLAMIENTO		DOCUMENTACION DE TRASLADO	
OXIGENO		SILLA		SIN AISLAMIENTO		FICHA CLINICA	
ASPIRACIÓN		CAMILLA		CONTACTO		IMÁGENES	
MONITORIZACIÓN		INCUBADURA		GOTITAS		INTERCONSULTA	
		ACOMPAÑANTE		AEREO		OTRO	

.....

OBSERVACIONES	
---------------	--

NOMBRE PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

ANEXO: _____

USO EXCLUSIVO UGP:

CONDUCTOR ASIGNADO			
TENS ASIGNADO			
PROFESIONAL ASIGNADO			
MÉDICO ASIGNADO			