

DATOS DEL AFILIADO*A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE*

N° DE BENEFICIO EDAD SEXO **M** **F**
APELLIDO Y NOMBRE
TIPO Y N° DE DOCUMENTO (.....) TEL. (.....)

MOTIVO DEL TRASLADO

DIAGNÓSTICO

PRÁCTICA A REALIZAR

¿EL AFILIADO ES AUTOVÁLIDO? **NO** **SI** : JUSTIFICACIÓN DEL TRASLADO:**TIPO DE TRASLADO** TRASLADO SIN MÉDICO
 AMBULANCIA COMÚN CON MÉDICO
 UTIM SENTADO
 SILLA DE RUEDAS
 CAMILLA**CANT. DE TRASLADOS**
 IDA
 IDA Y VUELTA**MÉDICO TRATANTE**

APELLIDO Y NOMBRE

N° DE PRESTADOR PAMI

MAT. NACIONAL MAT. PROVINCIAL

FIRMA DEL
MÉDICO TRATANTE**CRONOGRAMA DE TURNOS***FECHA Y HORA DE LOS TURNOS*

1. ____ / ____ / ____ : ____ 5. ____ / ____ / ____ : ____ 9. ____ / ____ / ____ : ____
2. ____ / ____ / ____ : ____ 6. ____ / ____ / ____ : ____ 10. ____ / ____ / ____ : ____
3. ____ / ____ / ____ : ____ 7. ____ / ____ / ____ : ____
4. ____ / ____ / ____ : ____ 8. ____ / ____ / ____ : ____

DATOS DEL TRASLADO*A COMPLETAR POR EL AGENTE DE ATENCIÓN AL PÚBLICO*

ORIGEN: DOMICILIO PISO DTO OTRA REFERENCIA
LOCALIDAD PROVINCIA

DESTINO: DOMICILIO PISO DTO
LOCALIDAD PROVINCIA

DISTANCIA RECORRIDA EN KM:
Sólo si la distancia IDA y VUELTA es mayor a 30km

FIRMA DEL
AGENTE RECEPTOR
LEGAJO:

N° DE O.P. APELLIDO DEL AFILIADO

PRESTADOR TELÉFONO A LLAMAR

RECIBIDO POR LEGAJOS

UGL DEPENDENCIA FECHA ____ / ____ / ____