

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 ____ / ____ / ____