



SOLICITUD DE TRASLADOS DE PACIENTES

(Esta solicitud debe presentarse 72 hs. previas al traslado en las dependencias de OSECAC)

Nombre y Apellido:..... Edad:

Nº DNI:..... Nº de Tel:.....

TRASLADO

Con Médico Camilla

Sin Médico Silla de ruedas

Desde:.....

Hasta:.....

Ida Ida y Vuelta

Llegada a destino: Fecha..... Hora..... AM / PM

MOTIVO DEL TRASLADO

Consulta Médica Ambulatoria Consulta Guardia Médica

Internación Métodos Complementarios

Observaciones:

.....

Diagnóstico:

Lugar y Fecha de Emisión:

.....
Médico Solicitante
Firma y Sello

Reservado Administración de OSECAC

Lugar y Fecha de recepción de la solicitud:.....

Solicitud enviada a CG&L Fecha: Hora:

Responsable del trámite: