

SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA NO URGENTE

DATOS DEL ENFERMO

NOMBRE Y APELLIDOS
 DOMICILIO LOCALIDAD
 C.I.P. TELÉFONO EDAD

VIAJE A REALIZAR

FECHA DEL VIAJE HORA DE CITACIÓN HORA DE FINALIZACIÓN
 TIPO SERVICIO: IDA VUELTA TRASLADOS PROGRAMADOS FRECUENCIA L M X J V S N.º SEMANAS PREVISTAS
 ORIGEN: DOMICILIO CENTRO SANITARIO
 DESTINO: DOMICILIO CENTRO SANITARIO

CONDICIONES ESPECIALES SILLA DE RUEDAS OXIGENO CAMILLA ACOMPAÑANTE AYUDANTE EMPRESA
TIPO DE VEHÍCULO INDIVIDUAL COLECTIVO TRASLADO CON CARGO A TERCEROS SÍ NO ENTIDAD

MOTIVO TRASLADO CONSULTA EXTERNA PRUEBA COMPLEMENTARIA ALTA HOSPITALARIA INGRESO HOSPITALARIO
 ALTA SERVICIO DE URGENCIAS DIÁLISIS REHABILITACIÓN OTROS TRATAMIENTOS

DATOS FACULTATIVO PRESCRIPTOR

UNIDAD / SERVICIO
 CLAS. Y FIRMA
MOTIVO CLÍNICO QUE JUSTIFICA TRASLADO EN AMBULANCIA
 DÉFICIT MOTOR DEFICIENCIA ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
 DEFICIENCIA LENGUAJE / APRENDIZAJE
 DEFICIENCIA COGNITIVA SITUACIÓN AISLAMIENTO
 PACIENTE SILLA RUEDAS PROPIA: OTRO MECÁNICA ELÉCTRICA