

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

UGL - DEPENDENCIA .....

## 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

## DATOS DEL TRASLADO

A COMPLETAR POR EL AFILIADO / FAMILIAR

**ORIGEN:** DOMICILIO ..... PISO ..... DTO ..... OTRA REFERENCIA .....

LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....

**DESTINO:** DOMICILIO ..... PISO ..... DTO ..... OTRA REFERENCIA .....

LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....

## CRONOGRAMA DE TURNOS FECHA Y HORA DE LOS TURNOS

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

FIRMA DEL  
AGENTE RECEPTOR

LEGAJO: .....

## CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

TALÓN PARA EL AFILIADO

## SOLICITUD DE TRASLADOS PROGRAMADOS

 N° DE SOLICITUD .....

RECIBIDO POR ..... LEGAJO .....

UGL - DEPENDENCIA ..... FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_