

FORMULARIO DE TRASLADO DE AFILIADOS

1 PARA SER DILIGENCIADO POR LA OBRA SOCIAL DE ORIGEN:

Fecha: ____/____/____/____ Lugar: _____
Servicio Médico de destino: _____
Apellido y Nombre: _____
N° de Afiliado: (_____) Edad: _____ Domicilio: _____
Turno: _____ Médico: _____ Especialidad: _____
Acompañante: _____ Edad: _____ Parentesco: (_____)
Hotel: _____ Tipo de traslado: _____

Firma y sello del responsable

2 PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL O CENTRO ASISTENCIAL:

Motivo de la consulta: _____

Estudios y/o prácticas realizadas: _____

Diagnóstico: _____
Tipo de atención ambulatoria: _____ con Internación: _____
Desde: ____/____/____/____ Hasta: ____/____/____/____ Tipo de tratamiento clínico: _____
Quirúrgico: _____ Radioterapia: _____ Combinados: _____
Otros: _____
Fecha de alta: ____/____/____/____ Se aconseja que regrese CON - SIN acompañante el ____/____/____/____
Por lo siguientes motivos (detallar con claridad): _____

Firma y sello del responsable

3 PARA SER DILIGENCIADO POR LA OBRA SOCIAL DE DESTINO:

Fecha: ____/____/____/____ Lugar: _____
Apellido y Nombre: _____
N° de Afiliado: (_____) Fecha: ____/____/____/____ CON - SIN Acompañante: _____
Tipo de tratamiento: _____
Estudios realizados: _____
Debe regresar: ☐ SI ☐ NO **Completar por médico de lugar de origen que derivó.**

Firma del afiliado o responsable legal

Firma y sello del responsable