

## SOLICITUD DE TRASLADO

CONVENIO.....

Se solicita el traslado del paciente.....

Af. N°..... Fecha...../...../.....-Hab. N°.....

De..... Hasta.....  
(Especificar claramente el domicilio)

Diagnostico:.....  
(Breve Reseña)

Motivo del Traslado.....

Medio de traslado:

- A) Ambulancia c/Medico.....
- B) Ambulancia s/Medico.....
- C) Remisse .....
- D) Omnibus .....

.....  
Firma Medico Tratante

.....  
Firma Auditor