

TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES  
EN LOS PUNTOS DE TRANSICIÓN (SAER)

CÓDIGO: GE-SPU-MSP-001

VERSIÓN: 01

PÁGINA

FECHA:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE

HLC:

TRASLADO DEL PACIENTE INTRA O EXTRA  
HOSPITALARIO

HORA

FECHA

HORA

FECHA

HORA

FECHA

SITUACIÓN

SERVICIO DE ORIGEN

SERVICIO DESTINO

MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA

¿EL TRASPASO ES URGENTE?

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

QUIEN

QUIEN

QUIEN

ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

ANTECEDENTES CLÍNICO/QUIRÚRGICO

ALERGIAS

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

ALIMENTOS

ALIMENTOS

ALIMENTOS

OTROS

OTROS

OTROS

MEDICAMENTOS HABITUALES DEL  
PACIENTE (LOS MÁS IMPORTANTES)ESTADO DE LA PIEL  
(MARQUE Y DESCRIBA EL SITIO)

ÍNTGRA

ZONA DE PRESIÓN

ULCERA

☐☐☐

ÍNTGRA

ZONA DE PRESIÓN

ULCERA

☐☐☐

ÍNTGRA

ZONA DE PRESIÓN

ULCERA

☐☐☐PREVENCIÓN DE CAÍDAS  
SEGÚN ESCALA (MARQUE EL COLOR)

EVALUACIÓN

SIGNOS VITALES  
(REGISTRE LOS ÚLTIMOS DATOS)

TA

FC

FR

T°

TA

FC

FR

T°

TA

FC

FR

T°

ESTADO DE CONCIENCIA  
(MARQUE EL ESTADO)

ALERTA

SOMNOLIENCIA

ESPUTOR

☐☐☐

ALERTA

SOMNOLIENCIA

ESPUTOR

☐☐☐

ALERTA

SOMNOLIENCIA

ESPUTOR

☐☐☐

SIGNOS Y SÍNTOMAS

MEDICAMENTOS (ADMINISTRADOS  
PREVIO AL TRASLADO)

SOLUCIONES INTRAVENOSAS

ACCESOS VENOSOS  
(COLOQUE LUGAR Y N°)

VÍA PERIFÉRICA

VÍA CENTRAL

☐☐

VÍA PERIFÉRICA

VÍA CENTRAL

☐☐

VÍA PERIFÉRICA

VÍA CENTRAL

☐☐DRENAJES  
(TIPO Y UBICACIÓN)

RECOMENDACIONES

PENDIENTES RESULTADOS, PRUEBAS  
(INTERCONSULTAS MEDICACIÓN, ETC)

PACIENTE Y FAMILIA (INFORMADOS)

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

CONSENTIMIENTOS FIRMADOS

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

HISTORIA CLÍNICA

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

SI

☐

NO

☐

OBSERVACIONES

RESPONSABLE ENTREGA

RESPONSABLE RECIBE