



APELLOS 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
	QUIEN	QUIEN	QUIEN	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 MAS IMPORTANTES)										
ESTADO DE LA PIEL (MARQUE Y DESCRIBA EL SITIO)	INTEGRA <input type="checkbox"/>	ZONA DE PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ULCERA <input type="checkbox"/>	INTEGRA <input type="checkbox"/>	ZONA DE PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ULCERA <input type="checkbox"/>	INTEGRA <input type="checkbox"/>	ZONA DE PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ULCERA <input type="checkbox"/>		
PREVENCIÓN DE CAÍDAS SEGÚN ESCALA (MARQUE EL COLOR)	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
EVALUACIÓN	SIGNOS VITALES (REGISTRE LOS ÚLTIMOS DATOS)	TA <input type="checkbox"/>	FC <input type="checkbox"/>	FR <input type="checkbox"/>	T° <input type="checkbox"/>	TA <input type="checkbox"/>	FC <input type="checkbox"/>	FR <input type="checkbox"/>	T° <input type="checkbox"/>		
	ESTADO DE CONCIENCIA (MARQUE EL ESTADO)	ALERTA <input type="checkbox"/>	SOMNOLIENCIA <input type="checkbox"/>	ESPUTOR <input type="checkbox"/>	ALERTA <input type="checkbox"/>	SOMNOLIENCIA <input type="checkbox"/>	ESPUTOR <input type="checkbox"/>	ALERTA <input type="checkbox"/>	SOMNOLIENCIA <input type="checkbox"/>	ESPUTOR <input type="checkbox"/>	
	SIGNOS Y SÍNTOMAS										
	MEDICAMENTOS (ADMINISTRADOS PREVIO AL TRASLADO)										
	SOLUCIONES INTRAVENOSAS										
	ACCESOS VENOSOS (COLOQUE LUGAR Y N°)	VÍA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	VÍA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	VÍA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	VÍA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	VÍA CENTRAL <input type="checkbox"/>	
DRENAJES (TIPO Y UBICACIÓN)											
RECOMENDACIONES	PENDIENTES RESULTADOS, PRUEBAS (INTERCONSULTAS MEDICACIÓN, ETC)										
	PACIENTE Y FAMILIA (INFORMADOS)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
	CONSENTIMIENTOS FIRMADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
	HISTORIA CLÍNICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
	OBSERVACIONES										
RESPONSABLE ENTREGA											
RESPONSABLE RECIBE											