

ANEXO III

SOLICITUD DE TRASLADO TERRESTRE	
DATOS PERSONALES	
APELLIDO Y NOMBRE	
Nº AFILIADO/A:	CERTIF DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resol 154/85 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SITUACIÓN DE TRASLADO	
<input type="checkbox"/> Urgencia/Emergencia <input type="checkbox"/> Traslado programado	
TRASLADO	
ORIGEN	DESTINO
Institución	Institución
Dirección:	Localidad:
Dirección:	Localidad
TIPO DE TRASLADO	
<input type="checkbox"/> Local (menor a 30 km) <input type="checkbox"/> Larga distancia (por km excedente desde el 110 km en adelante)	
<input type="checkbox"/> Interurbano (por km excedente desde el 31 al 110 km)	
TIPO DE UNIDAD DE TRASLADO:	
<input type="checkbox"/> Ambulancia de alta complejidad <input type="checkbox"/> Ambulancia de baja complejidad	
<input type="checkbox"/> Móvil Sanitario	
ASISTENCIA EN TRASLADO	
<input type="checkbox"/> Con asistencia médica <input type="checkbox"/> Con Asistencia profesional no médico	
<input type="checkbox"/> Sin Asistencia médica <input type="checkbox"/> Sin Asistencia profesional no médico	
PARA TRASLADOS PROGRAMADOS CRÓNICOS	
Frecuencia semanal	
Duración del tratamiento	
COSEGURO	REQUIERE ESPERA EN DESTINO?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No