

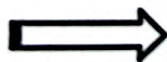
ATENCIÓN AL VECINO ORIENTACIÓN A PERSONAS MAYORES
SOLICITUD DE TRASLADOS

EMISION DE ORDEN	
FECHA	HORA
2024	

NOMBRE Y APELLIDO Graciela Julia Gracia
N° AFILIADO 150 205 484 008/00 EDAD 80 SEXO F
DNI/LC/LE 4831271 TELEFONO/S cel: 1549

DESDE		
DIRECCION	<u>HALL</u>	DPTO / SALA / CAMA <u>172</u>
LUGAR/CALLES	LOCALIDAD	
HASTA		
DIRECCION	<u>Ruioi CASPO 1821</u>	DPTO / SALA / CAMA
LUGAR/CALLES	<u>(Serrito y Juncal)</u>	LOCALIDAD <u>RIOS</u>
MOTIVO	<u>Sete - Conil(-)</u>	
DIAGNOSTICO	<u>Pneumonia</u>	

DIA/S Y HORA PRESTACION



DIA	MES	HORA TURNO
<u>14</u>	<u>2</u>	<u>14⁰⁰</u>

PROGRAMADA
URGENTE

COMÚN SIN MÉDICO 4 COMÚN CON MÉDICO
CON CAMILLA 7 CON SILLA
UTIM / UCO

FIRMA Y SELLO
MÉDICO SOLICITANTE

Dra. GRACIELA B. PIETRELLA
CLINICA MEDICA
M.A. 65.801 - M.P. 49.823
FIRMA Y SELLO
JEFE DE SERVICIO

AUTORIZACION POR MEDICO AUDITOR

SI / NO