



Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes

PLANILLA DE TRASLADO

NOMBRE Y APELLIDO:

TIPO Y N° DE DOC: EDAD:

HISTORIA CLINICA:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MOTIVO DE TRASLADO O ESTADO ACTUAL QUE JUSTIFIQUE LO SOLICITADO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

			SI ()
	AMBULANCIA ()	MEDICO	NO()
TRASLADO			
	VIA AEREA ()	MEDICO	SI ()
			NO()

DESDE:

HASTA:

VICEVERSA:

FECHA Y HORA DEL TRASLADO:

OBSERVACIONES:

.....

DTO: AUDITORIA
IOSCOR

MEDICO AUDITOR
EN TERRENO IOSCOR

MEDICO RESPONSABLE
DEL TRASLADO