

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****SERVICIO DE AMBULANCIA**Versión : 01
Código : F-GG-32
Fecha : 02/07/2019
Página 1 de 1

Autorizado por:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Carnet N°:

Fecha y Hora del servicio solicitado:

Diagnóstico presuntivo inicial (Motivo de la llamada):

Diagnóstico final:

Seleccionar el servicio otorgado :

Traslado de Alto Riesgo		Servicios de urgencias: Con derivación (___) / Sin derivación (___)	
Traslado de Bajo Riesgo		Consulta médica domiciliaria: Con derivación (___) / Sin derivación (___)	
Traslado para Estudios : Ida (___) / Ida y vuelta (___)		Traslado de Bajo Riesgo - Interurbano Destino: _____	
Horas de espera para estudios en traslados (Alto Riesgo)		Traslado de Alto Riesgo - Interurbano Destino: _____	
Horas de espera para estudios en traslados (Bajo Riesgo)		Otros: _____	
Firma del Profesional:		Firma del Beneficiario o familiar:	
Aclaración o sello:		Aclaración:	
		C.I.N:	

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****SERVICIO DE AMBULANCIA**Versión : 01
Código : F-GG-32
Fecha : 02/07/2019
Página 1 de 1

Autorizado por:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Carnet N°:

Fecha y Hora del servicio solicitado:

Diagnóstico presuntivo inicial (Motivo de la llamada):

Diagnóstico final:

Seleccionar el servicio otorgado :

Traslado de Alto Riesgo		Servicios de urgencias: Con derivación (___) / Sin derivación (___)	
Traslado de Bajo Riesgo		Consulta médica domiciliaria: Con derivación (___) / Sin derivación (___)	
Traslado para Estudios : Ida (___) / Ida y vuelta (___)		Traslado de Bajo Riesgo - Interurbano Destino: _____	
Horas de espera para estudios en traslados (Alto Riesgo)		Traslado de Alto Riesgo - Interurbano Destino: _____	
Horas de espera para estudios en traslados (Bajo Riesgo)		Otros: _____	
Firma del Profesional:		Firma del Beneficiario o familiar:	
Aclaración o sello:		Aclaración:	
		C.I.N:	