

CERTIFICADO PARA TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Solicito traslado en ambulancia para el paciente:

Nombre y Apellido:

D.N.I:

Origen:

Destino:

¿El paciente es ambulatorio? SI NO Viaja en: Silla de ruedas Camilla

Con Sin médico. | Con Sin retorno.

Diagnóstico del paciente:

.....

Datos del Acompañante

Nombre y Apellido:

D.N.I:

* Declaro que tanto el paciente como el acompañante SI NO poseen síntomas relacionado con COVID-19

Fecha de traslado: / /

Horario de turno: : hs.

.....

Firma y sello del médico solicitante