Hospital General de Almansa

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Nº Hª CLINICA

Nº S.S:

1º APELLIDO:
2º APELLIDO:
NOMBRE:

SEXO EDAD

TRASLADO PROGRAMADO

TRASLADO URGENTE

FECHA:
CENTRO DE ORIGEN: HORA DE SALIDA:
CENTRO DE DESTINO: HORA DE LLEGADA:
HORA REGRESO HOSPITAL ALMANSA:

DUE ENCARGADO DEL TRASLADO
(Firma y nombre legible):

DUE DE SEGUNDA LOCALIZACION
SI ☐ NO ☐

FACULTATIVO RESPONSABLE:

DUE QUE RECIBE AL PACIENTE:

MOTIVO DE TRASLADO

SUPERVISORA DE GUARDIA:

Ingreso

Pruebas diagnosticas (especificar)

Otros (especificar) : _____

DIAGNOSTICO MEDICO:
ALERGIAS:

HORA										
FC										
FR										
TA										
Tª										
GLUCEMIA										
DIURESIS										
TTO										

INCIDENCIAS: