Instituto de Seguros de Jujuy

Alvear N° 745 - San Salvador de Jujuy (C.P. 4600)
0810-777- 72583 / Interno 153 / Div. Servicio Social
www.isj.gov.ar / Email: serviciosocial@isj.gov.ar

FORMULARIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

SR. AFILIADO: Se informa a Ud. que para solicitar Traslado en Ambulancia, el presente formulario debe ser gestionado con 24 horas de anticipación para su coordinación/programación.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES: _____ EDAD: _____ TEL: _____

CUIL: __ - _____ - __ N° DE CREDENCIAL: _____

DOMICILIO REAL: _____

DIAGNÓSTICO

JUSTIFICACIÓN DE TRASLADO

DESDE

HASTA

REQUERIMIENTO DEL TRASLADO

CAMILLA: SI ☐ NO ☐ SILLA DE RUEDAS: SI ☐ NO ☐

MÉDICO: SI ☐ NO ☐ ENFERMERA: SI ☐ NO ☐

OXÍGENO: SI ☐ NO ☐

PROFESIONAL QUE SOLICITA EL TRASLADO

APELLIDO Y NOMBRES: _____ M.P.: _____ TEL: _____

FIRMA FECHA DE SOLICITUD

OBSERVACIONES