

## FORMATO TRASLADO PACIENTES



Codigo: F-M-TAB-001 Version: 001 05/09/2024	Fecha de creación: 05/SEP1/2024
Fecha inicio de traslado: DIA / MES / AÑO	Hora inicio de traslado: HR / MIN / AMPM
Fecha de llegada al lugar de destino: DIA / MES / AÑO	Hora de llegada al lugar de destino: HR / MIN
Fecha de terminación del traslado: DIA / MES / AÑO	Hora de terminación del traslado: HR / MIN
No. De placa del Vehículo:	Lugar de Traslado:
Nombres y apellidos del conductor que transporta:	
Nombres y apellidos del paciente:	Tipo de identificacion: CC/NIT/TI/PA
No. De identificación:	Edad:
Telefono: Dirección:	
Nombres y apellidos del acompañante:	Tipo de identificacion: CC/NIT/TI/PA
No. De identificación:	Parentesco:
Motivo del traslado:	i dichesco.
Tipo de Traslado (Redondo, Simple):	
APBS:	
SOAT: Aseguradora:	Póliza:
CAMPO PARA DILIGENCIAR AUXILIAR DE ENFER	MERIA QUE ASISTE EL TRASLADO
Nombres y apellidos de auxiliar de enfermería:	
Tipo de identificacion: CC/NIT/T/PA No. De identificación:	
Diagnostico:	
Descripción de Hallazgos en caso de Accidente de tránsito:	
Cinner vitales al inicia del translado. TA:	ED. TEMP. 0-00.
Signos vitales al inicio del traslado: TA:FC:	FR: TEMP: SaU2:
Glasgow/1	5
Signos vitales al finalizar del traslado: TA: FC:	FR: TEMP: SaO2:
Glasgow/1	
NOVEDADES DURANTE EL TRASLADO	
Elemental Desirente en Accessor a conse	III alla da caractera Caractera
Firma del Paciente o Acompañante:	Huella (en caso de no saber firmar)
Firma de auxiliar de enfermería que asiste el traslado	
Filma de auxiliai de enlermena que asiste en traslado	
Nombre de persona que recibe al paciente	
rtembre de persona que recibe ai paciente	
Firma da paragna que regiba el pasiente	
Firma de persona que recibe al paciente	
Sello institución que recibe al paciente	