

		ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA REMISIÓN O TRASLADO DE PACIENTES			
Código: F-M-TAB-004		Versión: 001 05/09/2024		Fecha de creación: 05/SEPT/2024	
FECHA		DD/MM/AAAA			
PLACAS AMBULANCIA					
SEDE REMISORA					
INSTITUCION RECEPTORA					
DOCUMENTOS REQUERIDOS	CUENTA	NO CUENTA	OBSERVACIÓN		
Hoja de referencia de paciente					
Resumen de la historia clínica					
Resultados de apoyo diagnósticos realizados al paciente (laboratorios, Rx, Ecografías, etc)					
Pantallazo de la aceptación de la institución receptora.					
Consentimiento informado para la remisión o traslado.					
Nombre de quien verifica					
Firma de quien verifica					
Nombre quien recibe documentos					
Firma quien recibe documentos					