





Nombre: \_\_\_\_\_ N°.C.I.: \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

**RESUMEN: TRAUMATÓLOGO, CIRUJANO PLÁSTICO, TERAPIA DEL DOLOR**

**INDICACIONES DE ALTA**

**INDICACIONES DE ALTA**

**INTERCONSULTAS:**

**CONTRAREFERIDO A:**



**SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA**

FECHA:

|                     |                  |      |                      |      |
|---------------------|------------------|------|----------------------|------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA IDENTIDAD | EDAD | SERVICIO SOLICITANTE |      |
|                     |                  |      | URGENCIA             |      |
|                     |                  |      | POLICLINICA          |      |
|                     |                  |      | INTERNACION          | CAMA |

**TRASLADO**

| DESDE DOMICILIO A INOT | IDA Y VUELTA | SI | NO | DOMICILIO           |
|------------------------|--------------|----|----|---------------------|
|                        |              |    |    | ENTRE CALLE Y CALLE |
| DESDE INOT A DOMICILIO |              |    |    | DOMICILIO           |
|                        |              |    |    | ENTRE CALLE Y CALLE |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| FIRMA MEDICO SOLICITANTE       |  |
| CONTRAFIRMA MEDICO SOLICITANTE |  |
| SELLO MEDICO SOLICITANTE       |  |



**INOT**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGÍA  
asesalud

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| FECHA             |             |
| NOMBRE Y APELLIDO |             |
| PISO              | CAMA        |
| SUERO             |             |
| MEDICACION        |             |
| GOTAS/MIN         |             |
| HORA COMIENZO     | HORA FIN    |
| FIRMA             | CONTRAFIRMA |

✓