



# DOCUMENTO DE PRESCRIPCIÓN DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA

PROCEDENCIA:

Fecha de traslado:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PACIENTE:** (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento y N° de identificación).

DESTINO:

hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Carácter del traslado:

- Urgente
- Programado

Traumatismo/Accidente:

Tipo de ambulancia:

- laboral
- tráfico

- individual
- colectiva

Fecha prescripción

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MÉDICO:** (Datos de identificación y firma)

MOTIVO DEL TRASLADO:

V° B° de la Dirección: (cuando proceda).

firma y sello

Datos del anverso: Deberán cumplimentarse por el facultativo prescriptor.  
Datos del reverso: Deberán ser cumplimentados por el centro de destino.



\* C F 4 0 1 8 6 6 3 0 4 4 \*