



Junta de Andalucía
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A OTRO CENTRO SANITARIO

Nº Hª C.: _____

Nº D.N.I.: _____

DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____	TEL.: _____
LOCALIDAD: _____	CÓD. POSTAL: _____
INGRESADO: _____	HAB.: _____

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
PARENTESCO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____

DATOS CLÍNICOS DE ORIGEN

CENTRO SANITARIO: _____	LOCALIDAD: _____
MÉDICO: _____	SERVICIO: _____
GRUPO DE LA ENFERMEDAD: _____	DIAGNÓSTICO: _____

DATOS CLÍNICOS DE DESTINO

CENTRO SANITARIO: _____	SERVICIO: _____
LOCALIDAD: _____	PROVINCIA: _____

MEDIO DE TRANSPORTE

AMB: _____	FF. CC. 2ª: _____	BUS: _____	URGENCIA VITAL: _____
URGENTE: _____	PREFERENTE: _____	ACOMPAÑANTE: _____	

MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES (ALERGIAS O INTOLERANCIAS):

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OTRAS EXPLORACIONES:

JUICIO CLÍNICO:

TRATAMIENTO:

SELLADO:

FIRMADO:

Fecha: _____

**(1) EN CASO DE URGENCIA VITAL DEBE PONERSE EN CONTACTO TELEFÓNICO
CON EN CENTRO PROPUESTO PARA LA ADMISIÓN DEL ENFERMO**