

Nº de trámite



PROGRAMA FEDERAL  
**INCLUIR SALUD**  
UGP Buenos Aires

## PLANILLA DE SOLICITUD DE TRASLADOS

**Datos Personales del beneficiario:**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

Debe consignar:

PATOLOGIA O DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

TRASLADO: \_\_\_\_\_

MEDICO QUE SOLICITA TRASLADO: \_\_\_\_\_

MP: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

KM'S: \_\_\_\_\_

DIA(S) DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_

SOLO IDA

IDA Y VUELTA

IDA, ESPERA Y VUELTA

TIEMPO DE DURACION DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE MOVIL

COMUN: \_\_\_\_\_

SIN MEDICO: \_\_\_\_\_

UTI: \_\_\_\_\_

CON MEDICO: \_\_\_\_\_

UTIP: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL BENEFICIARIO  
O TERCERO

FIRMA DEL DIRECTOR  
REGIONAL