



TE Hospital De la Madre y del Niño: 4456900

USTED PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES INTERNOS DIRECTOS (NO NECESITA DISCAR NUMERO PREVIO NI CERO)

4351 Guardia Directo Derivaciones - 4579 Guardia Sala de Médicos - 4441 Guardia Consultorio - 4466 Guardia Consultorio

**FORMULARIO DE TRASLADO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES**  
(mujeres no embarazadas – niños – adolescentes)

**1. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO ..... EDAD .....  
DNI..... GRUPO Y FACTOR Rh .....  
DOMICILIO:.....  
MOTIVO DE DERIVACIÓN: .....

**EN CASO DE PATOLOGIA QUIRURGICA:**

Tratamiento realizado .....  
Fecha..... Evolución.....

**3. SOLICITUD DE DERIVACION**

Hospital que Deriva .....  
Hospital que Recibe .....  
Fecha y Hora de Solicitud .....  
ACEPTA SI NO  
Quien recibe solicitud (Nombre) .....  
Médico que recibe la paciente (Nombre) .....

**2. CONDICIONES MEDICAS A LA SALIDA**

ESTADO GENERAL .....  
COMPENSACIÓN HEMODINAMICA SI -- NO TA ..... FC..... FR..... SAT. DE O2 ..... T° .....  
COLOR..... EAB (hora) .....  
VIA ENDOVENOSA PERMEABLE ..... SOPORTE RESPIRATORIO .....  
ARM ..... SETTING .....  
BOLSEO MANUAL ..... SONDAS Y DRENAJES .....  
MEDICACIÓN.....  
FECHA y HORA DE SALIDA .....

**CONDICIONES MEDICAS DEL PACIENTE A LA LLEGADA**

ESTADO GENERAL .....

COMPENSACIÓN HEMODINAMICA SI -- NO TA ..... FC..... FR..... SAT. DE O2 ..... T° .....  
COLOR..... EAB (hora) .....

VIA ENDOVENOSA PERMEABLE ..... SOPORTE RESPIRATORIO .....

ARM ..... SETTING .....

BOLSEO MANUAL ..... SONDAS Y DRENAJES .....

MEDICACIÓN.....

FECHA y HORA DE LLEGADA .....

**Fecha**...../...../.....

**Hora** .....

**Médico que Traslada**

**Firma y Sello**

---



## INFORME DERIVACIÓN DE PACIENTES Y TRASLADO SEGURO

### COPIA PARA EL HOSPITAL QUE DERIVA

**Nombre y Apellido del/la Paciente** .....

**Edad:**..... **DNI** .....

### CONDICIONES MEDICAS DEL/LA PACIENTE A LA LLEGADA

ESTADO GENERAL .....

COMPENSACIÓN HEMODINAMICA SI -- NO TA ..... FC..... FR..... SAT. DE O2 ..... T° .....

COLOR..... EAB (hora) .....

VIA ENDOVENOSA PERMEABLE ..... SOPORTE RESPIRATORIO .....

ARM ..... SETTING .....

BOLSEO MANUAL ..... SONDAS Y DRENAJES .....

MEDICACIÓN.....

FECHA y HORA DE LLEGADA .....

**Fecha**...../...../.....

**Hora** .....

**Médico que Recibe**

**Firma y Sello**

**EN CASO DE FALLECIMIENTO DE LA /DEL PACIENTE (consignar fecha, hora, lugar y procedimientos realizados en la reanimación)**

.....  
.....  
.....

### DIAGNÓSTICO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN (según IED):

.....  
.....

**Fecha**...../...../.....

**Hora** .....

**Médico que Traslada**

**Firma y Sello**

---

**DATOS ADMINISTRATIVOS de la DERIVACIÓN**

**MOVIL** .....

**CHOFER** .....**DNI** .....

**ENFERMERA/O** .....**DNI** .....

**MEDICO** ..... **DNI** .....

**HORA de SALIDA** ..... **HORA de LLEGADA** .....

**Médico que Traslada  
Firma y Sello**