



MOVICARE EMERGENCIAS
Traslado Pacientes
Teléfono : (56 2) 2 946 0900
Andres de Fuenzalida 22 Oficina # 704 Providencia.
Santiago - Chile

AUTORIZACION MEDICA DE TRASLADO

El equipo médico representado por el Dr. (a)

Teléfono _____ email _____@_____

Autoriza a MOVICARE a realizar el traslado de su paciente:

Nombre completo:

Con diagnóstico de

desde : (Institución-Unidad) _____ Teléfono _____

hacia : (Institución-Unidad) _____ Teléfono _____

Los familiares se encuentran informados y autorizan el traslado

Certifico que se ha enviado la información clínica y que la disponibilidad de cupo se encuentra confirmada en el Centro Receptor _____, que recibirá al paciente.

El profesional de contacto en el Centro receptor que recibe confirmación y otorga el cupo es: Dr(a) _____ Teléfono: _____

Nombre y firma
Médico representante

Nombre y firma
MOVICARE

www.movicare.cl / operaciontraslado@movicare.cl