



CERTIFICADO DE ATENCIÓN A PACIENTES POR SUCESOS DE TRÁNSITO

Fecha de entrega del certificado: _____ Hora: _____ : _____
(día) (mes) (año)

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: _____

Cédula de identidad / Incluir número de Pasaporte: _____ / _____

DESTINO ACTUAL DEL PACIENTE:

• ALTA: Especificar si es voluntaria o por Condición del paciente y Número de Anexo 008

• INGRESO: Especificar en área _____

• TRANSFERENCIA: Especificar unidad de referencia y motivo _____

EN EMERGENCIAS:

Control y monitoreo Exámenes complementarios

MÉDICO QUE ENTREGA EL CERTIFICADO: Nombre: _____

Cargo: _____ Firma y sello: _____

AGENTE QUE RECIBE EL CERTIFICADO: Nombre: _____

Cédula: _____ Firma: _____