SERVICIO DE AMBULANCIAS - PARTE DIARIO DE REMISION MENSUAL OBLIGATORIA

Hoja: de:

ZONA DE SALUD Nº:
LOCALIDAD:

Mes: Año:

Registro DIPAES Nº:
Tipo de Vehículo:
Dependencia o Servicio:
Dominio Nº:

Fecha	Nombre del paciente o comisión	Diagnóstico o derivación	Com	Traslado		Tipo Traslado				Destino				Traslado		Hoja Ruta Nº	Km Total Rec	Comb Carg.	Conductor
						Prog.	No Programados												
				1º	2º		Imp.	Urg.	Eme.	L/D	L	E/P	F/P	Desde	Hasta				