

TELEFONOS Central : (56-2) 2273 07 45 Anexo 201 Jefe de Operaciones : Cell 77093703 Medico Coordinador : Cell 94325772		ENVIAR A: jmzavalac@gmail.com (Médico Coordinador) gerencia@clubaereodecarabineros.cl operaciones@clubaereodecarabineros.cl asesor@clubaereodecarabineros.cl
--	--	---

FORMULARIO SOLICITUD EVACUACION AEROMÉDICA

(Este Formulario debe ser llenado en su totalidad)

1.- IDENTIFICACIÓN SOLICITANTE

NOMBRE		FONO FIJO	CELULAR
RUT	DOMICILIO		PARENTESCO PACIENTE

SOCIO ACTIVO: SI NO

2.- IDENTIFICACIÓN PACIENTE

NOMBRE PACIENTE			
RUT PACIENTE	EDAD	SEXO	CODIFO FUNCIONARIO O CODIGO MEDICINA

3.- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E IMPORTANTE

--

4.- CIUDAD DE ORIGEN

--

5.- ANTECEDENTES MÉDICOS

ALERGÍAS DIABETES M I.A.M. A.C.V. HIPERTENSIÓN ASMA OTROS

6.- EVOLUCIÓN CLÍNICA RECIENTE

	HORA -3	HORA-2	HORA-1
Evolución/Hora			
Presión Arterial			
Pulso			
Frec. Respiratoria			
Saturación Oxígeno			
HGT			

7.- EXÁMENES DE APOYO A DIAGNÓSTICO

	SI	NO
Rx. Cráneo		
Rx. Columna Cervical		
TAC Cerebral	Otro 1	
TAC Tórax	Otro 2	
RNM Cráneo	Otro 3	
Punción Lumbar	Otro 4	

8.- REQUERIMIENTOS SOLICITADOS

MEDICO: SI NO **ENFERMERO:** SI NO **PARAMEDICO:** SI NO

9.- MÉDICO HOSPITAL EMISOR (AUTORIZA TRASLADO)

NOMBRE	
HOSP. EMISOR	FONO MEDICO

10.- MÉDICO HOSPITAL RECEPTOR (ACEPTA TRASLADO)

NOMBRE	
HOSP. RECEPTOR	CELULAR MEDICO

11.- ES IMPRESCINDIBLE EL TRASLADO VIA AEREA SI NO

12.- POSEE CAMA Y RECEPCION EN HOSPITAL SI NO

13.- QUE HOSPITAL, QUIEN AUTORIZO, FONO

--

14.- ESPECIALISTA E INSUMOS NECESARIOS QUE REQUIERE

--

15.- POSEE LOS ESPECIALISTAS PARA TRASLADO SI NO

16.- DEBE ADJUNTAR AL MÉDICO COORDINADOR EPICRISIS DEL HOSPITAL QUE ENVIA AL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA QUIEN
SOLICITA EL VUELO

NOMBRE Y FIRMA DEL
MEDICO TRATANTE