

## **INSTRUCCIÓN de 15 de Enero 2010, del Departamento de Salud y Consumo, sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón.**

El RD. 1030/2006, de 15 de septiembre establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y define el transporte sanitario como el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, debiendo ser también accesible a las personas con discapacidad, indicando que esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las administraciones sanitarias competentes.

El transporte sanitario no urgente, forma parte y debe coordinarse con el conjunto de la asistencia sanitaria del Sistema de Salud de Aragón, respetando los principios de igualdad de acceso y equidad, evitando el uso abusivo, irresponsable o desviado mediante la ordenación de la demanda.

El Decreto 6/2008 del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud establece que, corresponde a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento la planificación del transporte sanitario y a los Servicios Provinciales de Salud y Consumo el control del mismo.

Ateniéndose a estas disposiciones la Dirección General de Planificación y Aseguramiento reguló mediante instrucciones, el 20 de Octubre 2008, los criterios de indicación, las modalidades o tipos de transporte sanitario, la asignación de vehículos, los equipamientos y personal adecuada según las necesidades específicas de los pacientes, los correspondientes procedimientos, los circuitos y los mecanismos de seguimiento y control.

La experiencia adquirida, en el tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de las instrucciones del 20 de Octubre 2008, hace necesaria la ampliación y precisión de algunos de sus contenidos, al objeto de conseguir mejores parámetros de calidad y de ordenación de la demanda, a través de las siguientes

### **INTRUCCIONES**

#### **PRIMERA. Objeto.**

El objeto es establecer el marco organizativo del transporte sanitario no urgente dependiente del Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón: tipos, criterios de indicación del mismo, procedimientos, circuitos y los mecanismos de seguimiento, así como dar a conocer a profesionales, equipos de dirección y empresas prestadoras del servicio el marco organizativo descrito.

#### **SEGUNDA. Ámbito de aplicación**

Los criterios establecidos en estas instrucciones implican la gestión y ejecución de los mismos por las unidades y entidades que a continuación se relacionan

- Médicos del Servicio Aragonés de Salud y del Consorcio de Salud.
- Equipos de Dirección del Servicio Aragonés de Salud y del Consorcio de Salud.
- Servicios Provinciales del Departamento de Salud y Consumo.

- Entidades prestadoras de los servicios de transporte sanitario no urgente en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, adjudicatarias de los correspondientes concursos.
- Excepcionalmente, centros sanitarios concertados o conveniados con el Departamento de Salud y que dispongan de autorización para la utilización de estos servicios por parte de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

### **TERCERA. Criterios comunes para la gestión de cualquier modalidad de transporte sanitario no urgente.**

1. Únicamente podrán indicar la necesidad de transporte sanitario los médicos del Servicio Aragonés de Salud y del Consorcio de Salud. Excepcionalmente los médicos de centros conveniados o concertados por el Departamento de Salud si disponen de autorización previa. Esta autorización deberá ser personalizada para cada uno de los profesionales y emitida por la Dirección General de Planificación.
2. Los centros sanitarios de origen y/o destino deben pertenecer al Sistema Nacional de Salud o estar concertados con él o haber sido su utilización objeto de autorización específica de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
3. La indicación de transporte será por motivos exclusivamente clínicos y para pacientes que su situación clínica les impida la utilización de transporte público incluido el taxi, privado o particular.
4. Se excluirán aquellos pacientes que requieran asistencia sanitaria durante el traslado o atención urgente o emergente.
5. Los pacientes han de estar en posesión de la tarjeta sanitaria del Sistema Sanitario de Aragón.
6. Cuando la incapacidad física o las causas médicas desaparezcan como criterios de uso de transporte sanitario y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte públicos incluido el taxi, privados o particulares, el transporte sanitario se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.
7. La indicación de traslado para acudir a consultas o realización de procedimientos de diagnóstico se solicitará por parte del facultativo entre los 15 y 8 días previos a la fecha de asistencia y deberá estar en posesión de la empresa de transporte al menos 48 horas antes de la realización del servicio
8. Los traslados por altas hospitalarias o desplazamientos entre hospitales se comunicarán a la empresa de transporte que corresponda antes de las 15 horas.
9. Se rechazarán, tanto para la realización del servicio, o en su caso para su facturación, todos aquellos traslados para los que no se utilicen los documentos recogidos en estas instrucciones, o que disponiendo del documento adecuado este no recoja con precisión la información que contiene y especialmente la relativa al médico que indica el servicio:
  - Nombre y Apellidos
  - CIAS
  - Centro que lo solicita
  - Servicio
  - Fecha y Firma

La información relativa al paciente y al profesional que realiza la indicación podrán cumplimentarse mediante etiquetas adheridas o el correspondiente sello de identificación. Igualmente el contenido de los anexos podrá cumplimentarse a través de la historia clínica digital.

10. Igualmente se rechazarán aquellos documentos que presente añadidos, enmiendas o tachaduras en la indicación o en la fecha en que ésta se produjo, salvo que fueran validadas por nueva firma del medico que solicita el servicio. También se rechazará aquellos documentos en los que la fecha de solicitud no se ajuste a los puntos 7 y 8 de este apartado
11. Se encuentran expresamente excluidos de este servicio, los traslados:
  - Que tengan como destino un domicilio fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón, bien sea particular o residencia social, a excepción de aquellos traslados sujetos a acuerdo por convenio y con autorización de los Servicios Provinciales
  - .A petición propia y las altas voluntarias, a excepción de los traslados desde otra Comunidad Autónoma o los traslados al hospital de referencia del Sector de residencia con autorización previa del Servicio Provincial de Salud y Consumo.
  - Traslados interdomiciliarios, tanto a domicilio particular como a residencias sociales.

#### **CUARTA. Tipos de traslados**

1. El traslado será siempre programado, salvo las altas procedentes de los servicios de urgencias hospitalarias y en excepciones que deberán ser aprobadas por el Servicio Provincial correspondiente.
2. Se considerará transporte periódico aquellos que desplacen al paciente para procedimientos de Rehabilitación, Radioterapia, Hemodiálisis y atención en Hospital de Día para pacientes crónicos dependientes. El resto de traslados se considerarán no periódicos.
3. Según el número de pacientes los traslados se ordenan en las siguientes modalidades:
  - Transporte sanitario individual en ambulancia. Cuando solo se traslade a un paciente se utilizará ambulancia convencional.
  - Transporte sanitario colectivo en ambulancia. Cuando se trasladan varios pacientes (máximo 4). Debe realizarse en ambulancia convencional polivalente.
  - Transporte de enfermos en vehículo colectivo. Cuando se trasladan varios pacientes (máximo seis), que se desplazan para recibir tratamiento de Radioterapia y Hospital de día para pacientes crónicos dependientes.
4. En el caso de traslado sanitario individual, los pacientes podrán ir acompañados de una persona durante el traslado.
5. Siempre deberá ir un acompañante en el caso de menores o cuando el enfermo padezca alteraciones cognitivas.

#### **QUINTA. Indicación según los distintos tipos de traslado**

**1. Traslado individual.** Se realizará en el caso de darse alguna de las siguientes **CONDICIONES** en el paciente que requiere el traslado.

- Incapacidad física que motive la necesidad de camilla.
  - Pacientes que no puedan mantenerse en bipedestación o sedestación
  - Pacientes que presenten grave discapacidad para realizar esfuerzos ligeros debido a deficiencias de tipo cardiológico o respiratorio.
- Situaciones que precisan aislamiento: Enfermedades infecto-contagiosas graves que pueden ocasionar problemas de salud pública, situaciones de inmunosupresión que impidan el contacto con otras personas o por razones higiénico sanitarias (vómitos, diarreas, sangrado externo)

- Deficiencias intelectuales severas: Alteraciones de la capacidad cognitiva y del juicio de la realidad que justifiquen el traslado individual

**2. Traslado colectivo en ambulancia** se realizará en el caso de darse alguna de las siguientes **CONDICIONES** en el paciente que requiere el traslado

- Incapacidad física que no requiera la utilización de camilla:
  - Paciente que necesita de terceras personas para realizar actividades de locomoción (levantarse, caminar, desplazarse) y que le imposibilita la utilización del transporte ordinario (público incluido el taxi y/o privado).
  - Paciente que no puede salir de su domicilio sin ayuda, necesitando la asistencia de otras personas para realizar las transferencias más elementales en cuanto a decúbito-sedestación, sedestación-bipedestación.
  - Personas que presenten discapacidad para realizar esfuerzos ligeros debido a deficiencias de tipo cardiológico o respiratorio.

**3. Traslado de enfermos en vehículos colectivos** se realizará en el caso de darse alguna de las siguientes **CONDICIONES** en el paciente que requiere el traslado

- Pacientes que no existiendo causa clínica para el uso de las modalidades anteriores soliciten traslado para recibir atención de:
  - Radioterapia. Cuando el tratamiento se realice en una localidad distinta a la de residencia.
  - Hospital de Día para pacientes crónico dependientes

## **SEXTA. Procedimiento administrativo**

1. El médico que realiza la indicación del traslado deberá cumplimentar el correspondiente formulario y que se recogen en los anexos de estas instrucciones.

- Anexo I: Para los traslados para tratamientos periódicos (Diálisis, Radioterapia, Rehabilitación, Hospital de Día) que requieran transporte individual o transporte sanitario colectivo. Estas solicitudes necesitarán la autorización previa del Servicio Provincial correspondiente.
- Anexo II: Para los traslados no periódicos que requieran transporte individual o transporte sanitario colectivo. Estas solicitudes deberán ser validadas por los responsables designados por las Gerencias de Sector y del Consorcio de Salud.
- Anexo III: Para los traslados para tratamientos periódicos (Radioterapia y Hospital de día de enfermos crónico dependientes), en vehículo colectivo

2. Para que la solicitud pueda atenderse se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Será imprescindible cumplimentar todos los campos del anexo que se utilice.
- Cuando el paciente precise un traslado individual, bien por motivo de aislamiento preventivo o por su situación clínica, deberá motivarse en el Apartado 4 del Anexo I. (Justificación clínica).
- Cuando el tipo de traslado lo requiera, se deberá hacer constar la necesidad de ayudante (Camillero).
- Se deberá dejar constancia expresa de la fecha y hora del servicio

3. Todas las solicitudes de transporte sanitario no urgente se canalizarán a la unidad o persona responsable designada en cada Sector Sanitario por la Gerencia del Sector o a la unidad o persona responsable designada por la Dirección del Consorcio de Salud.

- La Unidad o persona responsable garantizará la suficiencia y exactitud de los datos recogidos en los distintos tipos de petición.
- En caso favorable trasladará los Anexos II a la empresa de transporte sanitario adjudicataria del servicio en la provincia en que esté domiciliado el paciente.
- En caso favorable trasladará los Anexos I y III al Servicio Provincial del Departamento de Salud y Consumo de la provincia en que esté domiciliado el paciente.
- En caso desfavorable se devolverá al médico que lo solicitó para su conocimiento. Los errores de forma serán subsanados a la mayor brevedad.

4. Los anexos I y III serán valorados por el Servicio Provincial correspondiente procediendo a:

- En caso favorable trasladar los Anexos I y III a la empresa de transporte sanitario adjudicataria del servicio en la provincia en que esté domiciliado el paciente.
- En caso desfavorable el anexo se remitirá a la unidad que remitió la petición, indicando el motivo que origino el rechazo de la misma.
- Las autorizaciones para los tratamientos de Rehabilitación se concederá para 15 sesiones como máximo, si la duración del tratamiento fuera mayor deberá realizarse una nueva solicitud motivada en el caso de que siga precisando transporte sanitario.

5. Los traslados por altas hospitalarias o desplazamientos entre hospitales se comunicarán a la empresa a través del servicio de admisión del centro hospitalario

## **SÉPTIMA. Actuaciones de cada entidad implicada**

### **1. A las Empresas de transporte sanitario les corresponde:**

- Las entidades prestadoras del servicio tendrán que realizar el traslado no urgente de todos los pacientes que se indiquen. Utilizando para ello el parque necesario en cada momento.
- Las entidades prestadoras del servicio no realizarán ningún traslado que previamente no haya sido autorizado y trasladado administrativamente por las personas o unidades designadas por las Gerencias de Sector, la Gerencia del Consorcio o por los Servicios Provinciales en el caso de transporte periódico.
- Informar al paciente, vía telefónica, que requiera traslado programado a centros sanitarios, de la hora de recogida, el número de ambulancia y los datos del conductor, antes de las 20:00 horas del día anterior a la ejecución del servicio, salvo en los traslados por alta hospitalaria o de urgencias.
- Establecer mecanismos de comunicación para garantizar la información al paciente de cualquier cambio en la programación
- En los casos de transporte no periódico, la entidad prestadora del servicio ha de informar al centro sanitario en el momento de la solicitud de la hora de recogida y el vehículo asignado.
- En el caso de traslado colectivo las rutas se diseñarán teniendo en cuenta que la hora de recogida en su domicilio de un paciente no podrá exceder en más de 45

minutos a la que se fijaría si se realizase de forma individual. Este tiempo máximo se aplicará también a los viajes de retorno al domicilio.

- En cualquier caso la previsión de respuesta no podrá exceder los tiempos máximos establecidos en el pliego de prescripciones técnicas.
- El adjudicatario queda obligado a realizar el traslado desde el domicilio del paciente hasta el centro asistencial y viceversa. Salvo circunstancias excepcionales muy justificadas, el punto de descarga no podrá ser en vías públicas o espacios comunes, ni se podrá transbordar pacientes a otros vehículos durante el traslado. Excepto en el traslado de pacientes para radioterapia, previa autorización del Servicio provincial, para incorporarlo a la ruta correspondiente de transporte de enfermos en vehículo colectivo.
- Deberá dotar a los vehículos de conductor y ayudante en todos los casos de traslado individual en camilla y en los casos que así lo indique el médico que prescriba el traslado.
- Deberán comunicar todas las incidencias, quejas y reclamaciones al Servicio Provincial independientemente del formato de presentación de las mismas.
- Deberán contestar a la solicitud de aclaraciones que se soliciten por parte de los responsables de transporte del Departamento de Salud y Consumo.
- Participación en la correspondiente Comisión de seguimiento.
- Remitir al Departamento de Salud y Consumo los ficheros con la actividad diaria realizada, en los que conste siempre el CIAS y nombre del médico prescriptor. En los campos de origen y destino, cuando sea un centro sanitario, se consignará con el código de la Cartera de Servicios del Sistema de Salud de Aragón.

## **2. A las Gerencias de Sector y del Consorcio de Salud:**

- El Sector Sanitario y el Consorcio de Salud debe disponer siempre de una persona titular y otra suplente, responsables del control, validación y tramitación de las solicitudes de transporte sanitario no urgente y de garantizar la correcta comunicación de las solicitudes a las entidades prestadoras de servicios de transporte sanitario así como a los Servicios Provinciales.
- Los centros y servicios sanitarios establecerán los mecanismos para garantizar el mínimo tiempo posible de estacionamiento de los vehículos de transporte sanitario durante la transferencia de las personas trasladadas.
- Las Gerencias de Sector y del Consorcio de Salud establecerán un protocolo con los Servicios Provinciales para armonizar el funcionamiento eficiente de las Unidades de Rehabilitación, Radioterapia y Hospital de Día con los traslados de pacientes a estas unidades
- Los traslados internos del centro sanitario son responsabilidad del propio centro.
- Si se considera que no procede el traslado en ambulancia, el centro informará de la existencia de la prestación de ayudas por desplazamiento para los tratamientos periódicos de: rehabilitación, hemodiálisis, radioterapia, trastornos de la conducta alimentaria y centros de día de rehabilitación psico-social. (Orden de 22 de marzo de 2004, modificada por la Orden de 27 de junio de 2008 del Departamento de Salud y Consumo, sobre ayudas de gastos de desplazamiento, manutención y hospedaje para los pacientes de la Comunidad Autónoma de Aragón)
- Se remitirán las incidencias y reclamaciones relacionadas con transporte al Servicio Provincial correspondiente y se informará a solicitud de los mismos en el plazo que se establezca.
- Participación en la correspondiente Comisión de seguimiento.

### **3. A los Servicios Provinciales les corresponde:**

- El control y evaluación del transporte sanitario público de forma mensual valorando la demanda y la prestación del servicio, en base al cuadro de mando de transporte sanitario, realizando un especial seguimiento de la actividad demandada y realizada, la calidad percibida por parte de centros y pacientes, así como el análisis de las correspondientes quejas y reclamaciones.
- Comprobar la exactitud de la información contenida en la factura mensual por los servicios realizados, según los criterios establecidos en la cláusula segunda del contrato y en su Anexo 2. Procediendo a su abono en el caso de resultar conforme o al correspondiente informe de reparos.
- Semestralmente llevarán a cabo la evaluación del cumplimiento de los sistemas de transmisión de datos, procediendo, en su caso, a la minoración establecida en el Apartado 15.4 del Pliego de Prescripciones Técnicas según los criterios que se detallan en Anexo nº 1 del contrato.
- La Coordinación con los responsables del transporte de los Sectores Sanitarios y del Consorcio de Salud y con las entidades prestadoras del Servicio.
- Los Servicios Provinciales establecerán un protocolo con las Gerencias de Sector y del Consorcio de Salud para armonizar el funcionamiento eficiente de las Unidades de Rehabilitación, Radioterapia y Hospital de Día con los traslados de pacientes a estas unidades
- Incoar expediente sancionador cuando se considere que hay causas de incumplimiento del contrato por parte del adjudicatario.
- Revisiones periódicas de los vehículos contratados para verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos en el pliego de prescripciones técnicas
- Respuesta a las quejas y reclamaciones.
- Participación en la correspondiente Comisión de seguimiento.

### **OCTAVA. Seguimiento**

1. Cada Servicio Provincial creará una comisión de seguimiento en su ámbito territorial.
  - La finalidad de Dicha Comisión será:
    - Analizar las incidencias derivadas de la prescripción y la realización de los servicios de transporte sanitario.
    - Elaborando las propuestas de mejora que considere necesarias
    - Velar por su implantación.
  - Composición de la comisión:
    - Presidida por el director del Servicio Provincial o persona en quien delegue.
    - Los responsables de transporte sanitario de los sectores y del consorcio de salud.
    - Dos personas responsables de la empresa
    - Los responsables del seguimiento del transporte sanitario en el Servicio Provincial correspondiente
    - Las reuniones de seguimiento se realizarán al menos trimestralmente.
2. Se constituirá una Comisión de seguimiento Autonómica con la participación de la Dirección General de Planificación, la Gerencia del SALUD, la Gerencia del Consorcio, los Servicios Provinciales y las empresas adjudicatarias para abordar los aspectos de interés que requieran coordinación interprovincial.

### **NOVENA. Sistema de Información**

1. Los profesionales, las entidades proveedoras y los órganos de la administración están obligados a respetar el derecho a la intimidad y a mantener la confidencialidad de la información y los datos de carácter personal según la normativa aplicable. Se adoptarán las medidas adecuadas para garantizar la correcta custodia y seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de acuerdo a la normativa de protección de datos de carácter personal.
2. El registro de la demanda se llevará a cabo en los correspondientes formularios descritos en tanto se implante la solicitud vía Web.
3. La empresa de transporte integrará la información de la demanda y los servicios realizados en el correspondiente fichero informático.
4. Diariamente se enviará el registro de la actividad realizada que incorporará los campos especificados en el pliego de prescripciones técnicas y que obligatoriamente deberá recoger el CIAS y nombre del médico que realizó la indicación
5. Se verificará la coherencia y cumplimentación de todos los campos a través de la correspondiente aplicación informática.
6. La aplicación permitirá la explotación y análisis de la información periódica a través de cuadros de mandos, generación de facturas o informes ad hoc.
7. El sistema de información se completará a través de los análisis cualitativos de las correspondientes encuestas de satisfacción a usuarios y centros que serán analizadas periódicamente.


### **DISPOSICION DEROGATORIA**

Quedan sin efecto las instrucciones, circulares o resoluciones relativas al transporte no urgente que se opongan a lo establecido en la presente instrucción

Las presentes instrucciones entrarán en vigor el día 1 de Febrero 2010

Zaragoza, a 15 de Enero 2010

LA CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO



Fdo: Luisa María Noeno Ceamanos





**ANEXO I SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA TRATAMIENTOS PERIODICOS**  
Precisa autorización Servicio Provincial

**1.-DATOS DEL PACIENTE:**

CIA/CIP (Tarjeta sanitaria)	
Apellidos y nombre	

**2.- DIAGNOSTICO QUE MOTIVA EL TRASLADO**

--

**3.-TIPO DE TERAPIA**

Diálisis		Rehabilitación		Radioterapia		Hospital de día (1)	
----------	--	----------------	--	--------------	--	---------------------	--

(1) crónico dependientes

**4.- CAUSAS MEDICAS QUE JUSTIFICAN EL TRASLADO EN AMBULANCIA**

**TRASLADO COLECTIVO**

No puede incorporarse estando echado	
No puede incorporarse estando sentado	
No puede caminar	

**TRASLADO INDIVIDUAL**

No puede incorporarse estando echado	
No puede incorporarse estando sentado	
No puede caminar	
Deficiencias intelectuales severa	
Situaciones de aislamiento clínico	
<b>Justificación clínica:</b>	
:	

**5.-PRECISA:**

Silla de ruedas		Silla de coches para niños		Ayudante camillero	
-----------------	--	----------------------------	--	--------------------	--

**6.- DATOS DEL TRASLADO:**

**ORIGEN:**

Domicilio: Calle, nº y piso:		
Población :	Provincia :	C..P.
Teléfonos de localización:		

**DESTINO:**

Centro sanitario:	Servicio
Población:	

**7.- FECHAS DE TRATAMIENTO:**

Día de inicio:		Número de sesiones *	
----------------	--	----------------------	--

\* En Rehabilitación se autoriza como máximo 15 sesiones

**8.- TURNO** (marcar la casilla correspondiente)

Día semana	Lun-Vier.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora llegada							
Hora salida							

NOMBRE DEL MEDICO.....  
.....  
CIAS.....  
CENTRO.....  
SERVICIO.....

FIRMA Y SELLO

<b>Conforme Sector :</b>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Motivo denegación:
Firmado.....
Fecha.....

<b>Conforme Inspección:</b>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Motivo denegación:
Firmado.....
..
Fecha:.....

En.....a.....de.....2010

REMITIR: Nº FAX, Zaragoza: 976 7 1 45 41 Huesca: 974 24 72 22 Teruel: 978 60 33 37

**ANEXO II SOLICITUD DE TRASLADO EN AMBULANCIA TRATAMIENTOS NO PERIODICOS**

**1.- DATOS DEL PACIENTE**

CIA/CIP (Tarjeta sanitaria)	
Apellidos y nombre	

**2.- CAUSAS MEDICAS QUE JUSTIFICAN EL TRASLADO**

**TRASLADO COLECTIVO**

<b>Marcar casilla:</b>	
No puede incorporarse estando echado	
No puede incorporarse estando sentado	
No puede caminar	

**TRASLADO INDIVIDUAL**

<b>Marcar casilla:</b>	
No puede incorporarse estando echado	
No puede incorporarse estando sentado	
No puede caminar	
Deficiencias intelectuales severas	
Situación de aislamiento clínico	

**3.- PRECISA**

Silla de ruedas		Silla de coches para niños		Ayudante camillero	
-----------------	--	----------------------------	--	--------------------	--

**4.- UNIDAD SOLICITANTE Y TIPO DE TRASLADO Y TERAPIA**

<b>SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>ATENCION PRIMARIA</b>
Alta Domicilio	Alta planta-Domicilio	Consulta Especialista
Traslado a otro hospital	Alta planta-Otro hospital	Pruebas diagnósticas
	Prueba diagnóstica	

**5.-DATOS DEL TRASLADO**

**ORIGEN:**

<b>Marcar casilla</b>	Centro	Servicio	Planta	Habitación /Box
Consultas externas				
Hospitalización				
Otros a especificar				

DOMICILIO DEL PACIENTE : Calle

	Nº	Escalera:	Piso	CP.
Ciudad:	Provincia	<b>Teléfonos:</b>		

**DESTINO:**

<b>Marcar casilla</b>	Centro	Servicio	Planta	Habitación /Box
Consultas externas				
Hospitalización				
Otros a especificar				

DOMICILIO DEL PACIENTE : Calle

	Nº	Escalera:	Piso	CP.
Ciudad:	Provincia	<b>Teléfonos:</b>		

**6.-FECHA Y HORA DEL SERVICIO (1)**

<b>DIA:</b>	<b>HORA:</b>
-------------	--------------

(1)En la solicitud de destino consultas externas/prueba diagnóstica, va incluida la vuelta

NOMBRE DEL MEDICO.....  
.....  
CIAS.....  
CENTRO.....  
SERVICIO.....

FIRMA Y SELLO

<p><b>Conforme Sector :</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivo denegación:</p> <p>Firmado..... Fecha.....</p>
---

En.....a.....de.....2010

REMITIR: Nº FAX, Zaragoza: 902 996 180 Huesca: 902 100 945 Teruel: 902 996 180

**ANEXO III SOLICITUD DE TRASLADO EN VEHICULO COLECTIVO**  
Precisa autorización del Servicio Provincial

**1 - DATOS DEL PACIENTE**

CIA/CIP (Tarjeta sanitaria)	
Apellidos y nombre	

**2.-TIPO DE TERAPIA**

Radioterapia		Hospital de día	
--------------	--	-----------------	--

**3 - PRECISA:**

Silla de ruedas :	Silla de coches para niños:	Otros
-------------------	-----------------------------	-------

**4 - DATOS DEL TRASLADO**

**ORIGEN:**

Domicilio: Calle, nº y piso:		
Población :	Provincia :	C.P.
Teléfonos de localización:		

**DESTINO:**

Centro sanitario:	Servicio
Población:	

**5 - FECHAS / HORA DEL SERVICIO Y Nº DE SESIONES**

Día		Hora inicio		Número de sesiones	
-----	--	-------------	--	--------------------	--

**6 - TURNO: (marcar la casilla correspondiente)**

	Lun-Vier.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora llegada							
Hora salida							

NOMBRE DEL MEDICO.....  
.....  
CIAS.....  
CENTRO.....  
SERVICIO.....

FIRMA Y SELLO

<b>Conforme Sector :</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivo denegación:   Firmado..... Fecha.....
---

<b>Conforme Inspección:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivo denegación:   Firmado..... Fecha.....
--

En.....a.....de.....2010

**REMITIR: Nº FAX, Zaragoza: 976 7 1 45 41 Huesca: 974 24 72 22 Teruel: 978 60 33 37**

**CUADRO I. EMPRESAS ADJUDICATARIAS DEL TRANSPORTE NO URGENTE**

**Movilidad Sanitaria TSC:**

Servicios de transporte sanitario de los Sectores HUESCA Y BARBASTRO



FAX 902 100945  
Nº Teléfono 902 100259

**Ambuibérica:**

Servicio de Transporte Sanitario de los Sectores:  
ZARAGOZA I, ZARAGOZA II, ZARAGOZA III, CALATAYUD.



FAX 902 996180  
Nº Teléfono 902 900664

**Ambuibérica:**

Servicio de Transporte Sanitario de los Sectores:  
TERUEL Y ALCANÍZ.



FAX 902 996180  
Nº Teléfono 902 112600