



Solicitud de Traslado

*Unidad De Atención a la Dependencia
Área de Mayores*

CENTRO DESDE EL QUE SOLICITA EL TRASLADO

DATOS DEL/LA SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____

TRASLADO SOLICITADO POR SOLICITANTE O FAMILIAR

CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO

MOTIVO DE LA SOLICITUD

FECHA

FIRMA

El/La Solicitante

TRASLADO SOLICITADO POR EL PROPIO CENTRO

CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO

MOTIVO DE LA SOLICITUD

FECHA

FIRMA

El/La Solicitante

ESTA SOLICITUD SE ACOMPAÑARÁ DEL INFORME PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS SANITARIOS PARA DETERMINAR LA ADECUACIÓN DEL CENTRO DE DESTINO CUMPLIMENTADA POR EL MÉDICO O ENFERMERO QUE ATIENDA COMÚNMENTE AL SOLICITANTE DE TRASLADO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE TRASLADO

- IMPRESO DE LA SOLICITUD FIRMADO POR EL RESIDENTE O FAMILIAR RESPONSABLE.
- FOTOCOPIA DEL DNI
- FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA
- INFORME DE REQUERIMIENTOS SANITARIOS CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO O DUE.
- INFORME MEDICO CON ESTADO ACTUAL DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO.
- EN CASO DE QUE EL TRASLADO LO PROMUEVA LA FAMILIA, INFORME SOCIAL QUE LO JUSTIFIQUE.