

Establecimiento:		Localidad:	
Ambulancia chapa patente N°:		Marca	
Destino:		Km. ida y vuelta:	
Chofer:		DNI:	
Enfermero/a:		DNI:	
Paciente Trasladado:		DNI:	
Acompañante Autorizado:		DNI:	
Domicilio Paciente:		Localidad	

Salida desde: _____ Día: ___/___/____ Hora: _____
Regreso previsto para el día: ___/___/____ a la hora: _____

Firma

Aclaración firma Autorizante

Llegada a destino: Día ___/___/____ hora: _____ (Centro Asistencial)

Firma

Aclaración firma Autorizante

L.E./L.G./G.N.I

Cargo que desempeña

Día: ___/___/____ Hora: _____

Firma control del IOSEP

Tiempo empleado:		Cantidad de Hs. excedidas:	
Causas de la demora:			
Kilometraje al salir:		Kilometraje al regresar:	
Cantidad de Kilómetros recorridos			
Kilometrajes excedidos:		Razón:	

Firma enfermero/a

Firma del Chofer

Controlado por: _____

Firma y sello