



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Transporte Sanitario Programado

D./Dña.:

D.N.I.:

Edad:

Nº Afiliación a la S.S.:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

SERVICIO AL QUE ACUDE:

CENTRO SANITARIO:

LESIONES ANATÓMICAS QUE PRESENTA:

DÉFICITS FUNCIONALES (psicomotores, org. de sentidos, etc.):

CAUSA DE LAS LESIONES:



Acc. Tráfico

Acc. Laboral

Acc. Casual

Enf. Común

Otras

DIA DE TRATAMIENTO:

HCRA:

TIPO DE TRANSPORTE SANITARIO SOLICITADO:

COLECTIVO

INDIVIDUAL (Justificación de la solicitud):

PROFESIONAL