

**Teléfonos**

Jefe Operaciones: +56977093703  
Medico Coordinador: +56994325772  
Central: +56222730745 Anexo 201

**Enviar a:**

jmzavalac@gmail.com (Médico Coordinador)  
operaciones@capecar.cl  
gerencia@capecar.cl  
asesor@capecar.cl

**FORMULARIO SOLICITUD EVACUACIÓN AEROMÉDICA**

(Este Formulario debe ser llenado en su totalidad)

**1.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

<b>Nombre / Apellido</b>		<b>Fono Fijo</b>	<b>Celular</b>
<b>RUT</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Parentesco</b>	

**SOCIO ACTIVO:** SI  NO

**2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Nombre Completo Paciente</b>			
<b>RUT Paciente</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cod. de Funcionario o Cod. de Medicina</b>

**3.- DIAGNOSTICO PRINCIPAL E IMPORTANTE**

--

**4.- CIUDAD DE ORIGEN**

--

**5.- ANTECEDENTES MÉDICOS**

**Alergias**  **Diabetes M**  **I.A.M.**  **A.C.V.**  **Hipertension**  **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.- EVOLUCIÓN CLÍNICA RECIENTE**

**Medico:** SI  NO  **Enfermero:** SI  NO  **Paramedico:** SI  NO

**9.- MÉDICO HOSPITAL EMISOR (AUTORIZA TRASLADO)**

<b>Nombre Completo:</b>	
<b>Hospital Emisor:</b>	<b>Fono Medico:</b>

**10.- MÉDICO HOSPITAL RECEPTOR (ACEPTA TRASLADO)**

<b>Nombre Completo:</b>	
<b>Hospital Receptor:</b>	<b>Fono Medico:</b>

**11.- ES IMPRESCINDIBLE EL TRASLADO VÍA AÉREA** SI  NO

**12.- POSEE CAMA Y RECEPCIÓN 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 ENVÍA AL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
QUIEN SOLICITA EL VUELO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
MEDICO TRATANTE**