



## PLANILLA 65 PARA TRASLADOS PROGRAMADOS Y PROLOGADOS A TERAPIAS

Afiliado: \_\_\_\_\_ N° afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Justificativo del traslado \_\_\_\_\_

### **Traslado a terapia n°1**

Reservado para DOSUBA  
Aut n° \_\_\_\_\_  
Periodo Autorizado \_\_\_\_\_

Tipo de terapia: Kinesiología / fonoaudiología / terapia ocupacional / otro: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TIPO DE TRASLADO            | <input type="checkbox"/> SENTADO         |
| <input type="checkbox"/> TRASLADO SIN MÉDICO         | <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS |
| <input type="checkbox"/> AMBULANCIA COMÚN CON MÉDICO | <input type="checkbox"/> CAMILLA         |
| <input type="checkbox"/> UTIM                        | <input type="checkbox"/> OTRO _____      |

Horario de turno en consultorio Desde: \_\_\_\_\_ horas / hasta \_\_\_\_\_ horas Días de turno Lu / Ma / Mi / Ju / Vi / Sa

**ORIGEN:** DOMICILIO..... PISO..... DTO.....  
LOCALIDAD.....

**DESTINO:** DOMICILIO..... PISO..... DTO.....  
LOCALIDAD.....

### **Traslado a terapia n°2**

Reservado para DOSUBA  
Aut n° \_\_\_\_\_  
Periodo Autorizado \_\_\_\_\_

Tipo de terapia: Kinesiología / fonoaudiología / terapia ocupacional / otro: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TIPO DE TRASLADO            | <input type="checkbox"/> SENTADO         |
| <input type="checkbox"/> TRASLADO SIN MÉDICO         | <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS |
| <input type="checkbox"/> AMBULANCIA COMÚN CON MÉDICO | <input type="checkbox"/> CAMILLA         |
| <input type="checkbox"/> UTIM                        | <input type="checkbox"/> OTRO _____      |

Horario de turno en consultorio Desde: \_\_\_\_\_ horas / hasta \_\_\_\_\_ horas Días de turno Lu / Ma / Mi / Ju / Vi / Sa

**ORIGEN:** DOMICILIO..... PISO..... DTO.....  
LOCALIDAD.....

**DESTINO:** DOMICILIO..... PISO..... DTO.....  
LOCALIDAD..... Fecha, firma y sello del médico

### **Procedimiento:**

1. Enviar la planilla completa a [autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar](mailto:autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar) o presentarla en Mesa de Entradas para la evaluación por Dirección de Prestaciones.
2. Se le enviará la autorización por correo electrónico, luego el afiliado deberá coordinar con el Call Center la ambulancia comunicándose a los números: 4952-6027 / 6028 / 6042



**DOSUBA**