

**CHECK LIST PACIENTE TRASLADADO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA INGRESO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE EGRESO:** \_\_\_\_\_

DOCUMENTO	MARQUE CON UNA X ENTREGA DE DOCUMENTO
EPICRISIS MÉDICA	
Carnet de alta	
Exámenes de laboratorio	
Screening metabólico ampliado / PKU TSH	
Emisión otoacústica	
Screening cardiopatía congénita	
Radiografías	
Ecografías	
TAC	
Ecocardiografía	
BCG	
Brazalete de identificación	
Epicrisis de enfermería	
Protocolo operatorio	
Consentimiento Informado	
Observaciones:	

\_\_\_\_\_  
Nombre – Firma  
Matrona Tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre- Firma  
Matrona/enfermera Equipo Traslado