

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## JUSTIFICACIÓN MEDICA DE TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, solo tildar la opción.  
Si es OBLIGATORIO, mencionar la OBRA SOCIAL):

Voluntario: ☐ Obligatorio: ☐ Obra social (mencionar el nombre de la obra social): \_\_\_\_\_Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

## JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRANSPORTE

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a que \_\_\_\_\_

Por lo que requiere traslado desde (indicar dirección de domicilio) \_\_\_\_\_

Hasta (indicar dirección de la institución y/o prestación) \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico/a tratante