

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