

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRANSPORTE - FORMULARIO 10

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

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