

Programa de discapacidad

Documentación General

ORDEN MÉDICA POR TRANSPORTE - FORMULARIO 5

Fecha: ____ / ____ / ____

(La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado)

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) ☐Dependencia (marque la opción que corresponda): SI ☐ NO ☐

Se indica que paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a:

por lo que requiere traslado no público

desde (dirección de origen 1): _____

hasta (dirección de origen 1): _____

desde (dirección de origen 1): _____

hasta (dirección de origen 1): _____

desde (dirección de origen 1): _____

hasta (dirección de origen 1): _____

durante el período entre (mes) _____ y (mes) _____ del año _____

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.