Medifé

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:

Se indica Transporte especial ida y vuelta hacía (indicar actividad-prestación que realiza):

Periodo prestacional (indicar desde mes y año, hasta mes y 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.