

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ESPECIAL

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE ESPECIAL

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

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: _____