

PEDIDO MEDICO Y SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Se solicita:

Transporte a prestación (especificar destino, no dirección):

Periodo 2026: desde: _____ hasta: _____

Dependencia: SI / NO

Justificación médica indicando causas clínicas de la solicitud de transporte especial:

Firma y sello del
médico tratante

Aclaración