osdop
Dirección de Prestaciones de Salud

8° PEDIDO MÉDICO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Completo y firmado por el médico/a tratante.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a:		
DNI:	N° de afiliado/a:	Edad:
Diagnóstico:		

Solicitud de transporte hacia la prestación

Indicar el destino del traslado, sin consignar la dirección.

Período 2027: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

Dependencia: Sí / No

Justificación médica

Describir las causas clínicas que justifican la necesidad de contar con transporte especial.

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del médico/a tratante

Aclaración