

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre del Afiliado: .....

Fecha: .../.../...

Nº de Documento: ..... Nº de Afiliado: .....

Edad: .....

Diagnóstico: .....

Justificación médica indicando causas clínicas de la solicitud de transporte especial

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

Firma y Sello  
Médico Tratante

---

Aclaración