

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE PARA PACIENTES
CON DISCAPACIDAD**

FECHA

/ /

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

DIAGNÓSTICO

PRESTACIÓN

- Debe aclarar origen y destino según prestación.
- Justificar la imposibilidad del afiliado para trasladarse en transporte público.

SOLICITO:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA:

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

DEPENDENCIA SI NO (En caso afirmativo deberá anexar Formulario FIM)

Justificación médica de dependencia:

PERIODO

DESDE

HASTA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE