

# Prescripción Médica Transporte 2024

Córdoba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## Datos de Identificación:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Etiológico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Funcional: \_\_\_\_\_

## Solicito

Traslado ida y vuelta (marcar según corresponda)

Con dependencia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sin dependencia

*Desde el domicilio del beneficiario*

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Hasta el centro / consultorio donde recibe el servicio de \_\_\_\_\_

Sitio en:

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Periodo de prestación \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2024

Firma y sello del médico tratante \_\_\_\_\_