

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 _____