

Prescripción Médica Transporte 2025

Estimado Profesional: Este formulario es para realizar la solicitud **individual** de cada traslado requerido, indicando prestación de destino, frecuencia semanal y periodo. Por favor, complete tantos formularios como prestaciones de destino tenga su paciente, con letra imprenta legible. Es importante que se completen todos los campos requeridos. Cualquier cambio de tinta, letra, corrección, enmienda, etc., deben ser salvados con firma y sello profesional.

Córdoba _____ de _____ de 20__

Datos de Identificación:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico Etiológico: _____

Diagnóstico Funcional: _____

Justificación medica de la solicitud (Motivo relacionado con su discapacidad por el que no puede hacer uso del transporte publico). En caso de solicitar dependencia indicar los apoyos específicos que brindaría el transportista.

Justificación médica de la solicitud

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 2025

Firma y sello del médico tratante _____