

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA PEDIDO TRANSPORTE (\*) -**

Versión 11092024

**Obra Social:** OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

**Fecha:** .....

**Nombre y Apellido del Paciente:** .....

**DNI del paciente:** .....

**Edad:** .....

**Sexo:** .....

**Diagnóstico:** .....

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a que .....

.....

Requiere dependencia: ..... (sí/no)

Por lo tanto, requiere traslado no público desde y hasta los siguientes destinos:

1.- ..... (domicilio y localidad

lugar de origen) hasta ..... (domicilio y lugar de destino)

2.- ..... (domicilio y localidad

lugar de origen) hasta ..... (domicilio y lugar de destino)

3.- ..... (domicilio y localidad

lugar de origen) hasta ..... (domicilio y lugar de destino)

4.- ..... (domicilio y localidad

lugar de origen) hasta ..... (domicilio y lugar de destino)

Durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

.....  
(firma y sello del médico tratante)

(\*) Acompañar tabla FIM en caso de dependencia.