



**JUSTIFICACIÓN MÉDICA PARA PRESTACIÓN DE
TRANSPORTE** Ver 2 03112021

Fecha: / /

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del paciente: Edad Sexo

Diagnóstico:

.....

Se indica la prestación de transporte no público debido a que el paciente:

Por lo tanto se indica el traslado desde:

1.- (Lugar de origen) hasta

..... (lugar de destino).

2.- (Lugar de origen) hasta

..... (lugar de destino).

3.- (Lugar de origen) hasta

..... (lugar de destino).

4.- (Lugar de origen) hasta

..... (lugar de destino).

5.- (Lugar de origen) hasta

..... (lugar de destino).

El paciente requiere dependencia: (SI/NO)

.....

Firma y sello del médico tratante