



**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