

ORDEN MÉDICA - Ver 1 24/09/2018
(*PRESTACIÓN DE TRANSPORTE*)

Obra Social:

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