

JUSTIFICACIÓN MÉDICA PEDIDO TRANSPORTE (*) - Ver 0 03/09/2018

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: (si/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.