



## PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE

FECHA

/ /

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

### DIAGNÓSTICO SEGÚN CERTIFICADO ÚNICO DISCAPACIDAD

### PRESTACIÓN

- Debe aclarar origen y destino según prestación.
- Justificar la imposibilidad del afiliado para trasladarse en transporte público.

**SOLICITO:**

### JUSTIFICACIÓN MÉDICA:

*Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:*

**DEPENDENCIA**      SI       NO       (En caso afirmativo deberá anexar Formulario FIM)  
**Justificación médica de dependencia:**

### PERIODO

DESDE

HASTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE