Formulario Pedido Médico de Transporte

APELLIDO Y NOMBRE: FECHA:

DNI: N° DE BENEFICIARIO OSPIM:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA:

Solicitud de Traslados

1. Desde calle y Nº _____ Localidad _____

y hasta calle y Nº _____ Localidad _____

Período desde _____ hasta _____

2. Desde calle y Nº _____ Localidad _____

y hasta calle y Nº _____ Localidad _____

Período desde _____ hasta _____

3. Desde calle y Nº _____ Localidad _____

y hasta calle y Nº _____ Localidad _____

Período desde _____ hasta _____

4. Desde calle y Nº _____ Localidad _____

y hasta calle y Nº _____ Localidad _____

Período desde _____ hasta _____

JUSTIFICACIÓN MÉDICA: (Describir limitaciones funcionales que dificultan o impiden el uso de transporte público incluyendo movilidad/locomoción, ayudas técnicas, etc.) Consignar si deambula, utiliza silla de ruedas/bastón/andador u otra; se indica que el beneficiario se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:_____

_____

_____

_____

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo debe adjuntar Formulario FIM

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE