

**Prescripción Médica de Transporte
Para Paciente con Discapacidad**



Fecha

Nombre y Apellido:

DNI N°:

Diagnóstico:

.....

Justificación:

.....

.....

Destino de prestación:

.....

Dependencia:

Si

No

Periodo:

Desde

Hasta

2025

**Firma y
Sello del
Médico Tratante**

Contacto médico tratante: