

**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* **2026**

**Firma y
Sello del
Médico Tratante**

Contacto médico tratante: