

# PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y nombre:

---

DNI:

---

Edad:

---

Diagnóstico:

---

---

Prestación: \_\_\_\_\_

Indicar destino / prestación:

---

Desde:

---

Hasta:

---

Dependencia: Sí  No

## JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:

(Justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público)

---

---

---

---

---

Período: desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del médico tratante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_