

FORMULARIO TRASLADOS -JUSTIFICACIÓN



Fecha ____/____/____

Nombre y apellido del/la paciente: _____

Edad _____ **Prestaciones donde requiere traslados** _____

Datos del/la acompañante (solo completar en los casos que el certificado de discapacidad indique que requiere acompañante)

Nombre y apellido: _____

Vínculo con el/la beneficiario/a: _____

Diagnóstico: _____

DSMIV – CIE X: _____

Discapacidad: _____

Justificación médica de la solicitud del transporte

Firma y sello del/la profesional

Teléfono: _____