

Prescripción médica para pacientes con discapacidad (una terapia)

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha		
-------	--	--

Datos del paciente

Nombre y Apellido	Nº de DNI
-------------------	-----------

Diagnóstico

Prestación

Solicito _____

Para solicitud de transporte completar el Formulario Adicional de Solicitud de Transporte

Período Desde	Hasta	Año
------------------	-------	-----

Firma y sello del Médico tratante	Aclaración
-----------------------------------	------------