

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