

FORMULARIO PEDIDO MEDICO DE TRANSPORTE 2025

A completar por Médico Especialista

FECHA: ___/___/___
Debe ser *anterior* al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO:

Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Se indica que el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

TRASLADOS:

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta PRESTACION _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta PRESTACION _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta PRESTACION _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta PRESTACION _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

DEPENDENCIA: (marcar con X en caso de corresponder)

En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de dependencia:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO