



SOLICITUD DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

N.º de Afiliado: _____ D.N.I: _____ Edad: _____

Se indica Traslado* : Desde (*domicilio*): _____

Hasta (*domicilio*): _____

Dependencia (act. básicas de la vida cotidiana)*: SI – NO (*tachar lo que no corresponda*)

Justificación Clínica del Traslado*: _____

Justificación Clínica de la Dependencia (en caso de corresponder)*: _____

Periodo Prestacional* : Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____
(indicar desde-hasta,mes y año)

Diagnostico*: _____

Fecha
(debe ser anterior al periodo solicitado)

Firma de Médico/a Tratante

* Todos los campos son obligatorios.