

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo III

ORDEN MÉDICA POR TRANSPORTE

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Edad:

Diagnóstico según CUD:

.....

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a:

.....

.....

Por lo que se indica transporte no público desde hasta

.....

Por el periodo desde (mes de inicio) (mes de finalización) del
año 20.... .

.....

Firma y sello del Médico tratante