

ORDEN MÉDICA – TRANSPORTE (FORMULARIO 4)

Fecha de emisión: ___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

Edad: _____

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: _____

DEPENDENCIA: SI NO (marcar según corresponda)

SE INDICA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO A VIAJAR EN
TRANSPORTE PÚBLICO DEBIDO A _____

1. REQUIERE TRASLADO

DESDE (ORIGEN) _____

HASTA (DESTINO) _____

POR EL PERIODO _____

2. REQUIERE TRASLADO (completar en caso de requerir más de un traslado)

DESDE (ORIGEN) _____

HASTA (DESTINO) _____

POR EL PERIODO _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE