Prescripción Médica Transporte 2027

IMPORTANTE: Este formulario se completa aclarando si la prestación es en un Centro o son varias **terapias individuales**, de ser así se aclara abajo como completar

Córdoba _____de _____de 20

Datos de Identificación:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I: _____Edad:_____ Sexo:_____

Diagnóstico Etiológico: _____

Diagnóstico Funcional: _____

Solicito

Traslado ida y vuelta (marcar según corresponda)

Con dependencia _____/_____Sin dependencia (marcar según corresponda)

Desde el domicilio del beneficiario

Calle _____Número _____Localidad _____

Hasta el / la / las_____(centro–terapia/s) donde recibe el/los servicios de (colocar todas las terapias que realiza)_____

_____

Sitio en Calle_____N°_____Localidad_____

(Rellenar en el caso de ser una terapia, en el caso de varios domicilios colocar "VARIOS")

Periodo de prestación _____ a _____de 2027

Firma y sello del médico tratante _____