OSPADEP

ORDEN MÉDICA POR TRANSPORTE

Lugar: ..... **Fecha:** ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

Datos del beneficiario:

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC☐ DNI☐ LE☐ PAS☐ Nº .....

Edad: .....

Dependencia: SI ☐ NO ☐ (Marcar lo que corresponda)

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

.....

.....,

por lo que requiere traslado no público

desde (dirección de origen 1) .....

hasta (dirección de origen 1) .....

desde (dirección de origen 2) .....

hasta (dirección de origen 2) .....

desde (dirección de origen3) .....

hasta (dirección de origen 3) .....

durante el período entre (mes) ..... y (mes) ..... del año 20 .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

Firma y sello del Médico tratante

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.