

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad INDICACIÓN MÉDICA DE PRESTACIÓN TRANSPORTE

A completar por el médico tratante

Estimado Profesional: Este formulario es para realizar la solicitud **individual** de cada traslado requerido, indicando prestación de destino, frecuencia semanal y período. Por favor, complete tantos formularios como prestaciones de destino tenga su paciente, con letra imprenta legible. Es importante que se completen todos los campos requeridos. Cualquier cambio de tinta, letra, corrección, enmienda, etc., deben ser salvados con firma y sello profesional.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

DIAGNÓSTICO

SOLICITUD DE TRASLADO

Datos del traslado

Cantidad de traslados por semana:

(El recorrido **ida y vuelta** cuenta como **1 (un) traslado**)

Prestación de destino:

(Prestación de destino, ejemplo: kinesiología, **no dirección ni nombre de la institución o profesional**)

Requiere Dependencia:

☐ SI (*)

☐ No

Período de solicitud

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

El período puede ser hasta anual (ej.: desde enero hasta diciembre; desde marzo hasta febrero del año siguiente).

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD (MOTIVO RELACIONADO CON SU DISCAPACIDAD POR EL QUE NO PUEDE HACER USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO)

Fecha (día, mes y año) anterior al inicio
del período

Firma y Sello del Profesional

(*) En caso de requerir dependencia, por favor adjuntar el Índice de Escala FIM.