

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA
TRANSPORTE con Dependencia

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA: _____ CON DEPENDENCIA PARA ASISTIR A: _____

FRECUENCIA: _____

JUSTIFICACIÓN: _____

PERÍODO: de _____ a _____ 2026

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE
(con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

