

## MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

### TRANSPORTE

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_ PARA ASISTIR A: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERÍODO: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 202\_\_

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

Firma:

Sello:

