

**Modelo de Prescripciones Médicas
Transporte**

**Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad**

Fecha/...../.....

Obra Social DNI N°

Nombre y Apellido

Diagnóstico

.....
.....
.....
.....
.....

Prestación

.....
.....
.....
.....
.....

Desde Hasta **2021**

*Firma y
sello del
Médico Tratante*

