

ANEXO V

OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA
SOLICITUD DE TRANSPORTE / 2017
(PARA BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD)
LEY. Nº 24901.

DATOS DEL PACIENTE:

APELLIDO Y NOMBRE:

AFILIADO Nº:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

C.P

TEL:

ACTIVIDAD LABORAL DEL PADRE:

días laborales:

Turno horario

ACTIVIDAD LABORAL DE LA MADRE:

Días Laborales:

Turno Horario:

Hermanos:

Actividad	Edad	Días	Horarios

Diagnostico.....

DSM IV-CIE X.....

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE

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

Periodo de cobertura DESDE.....HASTA.....2017

Fecha :/...../.....

.....
Sello y Firma Medico Auditor

.....
Sello y Firma Profesional Solicitante

Será motivo de DÉVOLUCION DE DOCUMENTACION:
"la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo"