



Solicitud de transporte para discapacidad

Apellido y Nombre Rivero Zoe
Afiliado:
DNI: 45.508.971

Actividad Laboral
|| Madre: Amo de casa
|| Padre: Empleado metalurgico
Turno-Horario: con plato
Hermanos: (cuantos) 4 hermanas

Diagnóstico:
DSM IV-CIE X: H54
(consignar los ejes)

Deficiencia: Retinosis pigmentaria Grave
disminución de agudeza visual

Destino del transporte: Centro de Rehabilitación
Nº 2014 "Luis Braille" Rosario

Periodo desde febrero hasta Diciembre año 2026.

Dependencia: SI (Tachar lo que no corresponda)

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

pte que padece retinosis pigmentaria grave con grave disminución de agudeza visual no accede al centro de rehabilitación de transporte MACOR Centro de Rehabilitación Rosario

Firma Auditor Médico
OSUOMRA

Rosana M. Bacigalupo
Médica
Mat. 6116

Firma del Médico Tratante
OSUOMRA

Fecha: 24/11/21

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. Nº 2653 - Lº II - Fº 128
U.O.M.R.A.