



Solicitud de transporte para discapacidad

Apellido y Nombre DE MILIO YASMIN
Afiliado: 27 488052 85 9 - 087 - 00 - 03
DNI: 458-5285

Actividad Laboral
 ▯ Madre: ANA DE CARO
 ▯ Padre: MATHEW...
 Turno-Horario: 7 a 16hs
 Hermanos: (cuantos) 2 hermanas

Diagnóstico: Trastorno mental moderado
 DSM IV-CIE X: F71.9
 (consignar los ejes)

Deficiencia: —

Destino del transporte: Ciudad de San Juan
Av. Los Ginebrales

Periodo desde enero hasta octubre año 2016

Dependencia: SI NO (Tachar lo que no corresponda)

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

paciente con limitación de movilidad por discapacidad
de las extremidades -

Firma Auditor Médico
OSUOMRA

Firma del Médico Tratante
OSUOMRA

Fecha: