



Solicitud de transporte para discapacidad

Apellido y Nombre LUPNET LUISINA
Afiliado:

DNI: 46134379 (F)

Actividad Laboral
 ▯ Madre: Ama de casa
 ▯ Padre: Metafísico

Turno-Horario:
Hermanos: (cuantos) 2

Diagnóstico: NETROS MENTAL MODERADO / MICROSCELA
DSM IV-CIE X:
(consignar los ejes)

Deficiencia:

Destino del transporte: DESDE CASA FAMILIAR
WATTA MAUER PINGUEN

Periodo desde ENERO hasta DECEMBRE año 2026

Dependencia: SI NO (Tachar lo que no corresponda)

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

- Requiere de un tratamiento continuo.

Dr. Fabian Galloso
MEDICO LABORAL
MAT. 6696 - REG. ESP.
06415158

Firma Auditor Médico
OSUOMRA

Firma del Médico Tratante
OSUOMRA

Fecha: