

ANEXO V

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

FORMULARIO DSM IV PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

(Datos a completar por el Médico de Cabecera)

Apellido y Nombre del Beneficiario:

DNI:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario/Turno
Madre			
Padre			

ACTIVIDAD DE LOS HERMANOS

Nombre y Apellido	Edad	Actividad	Horario/Turno

DIAGNOSTICO:

DSM IV (1) – CIE:

EVALUACION MULTIAXIAL:

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

DEFICIENCIA:

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte:

FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE:

FIRMA DEL MEDICO AUDITOR DEL AGENTE DEL SEGURO:

(1) Consignar los Ejes.

* Es **obligación** completar todos los campos.