



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO V

FORMULARIO DSM IV PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NO SUSTITUYE PEDIDO MÉDICO

Apellido y Nombre del Beneficiario:.....

DNI:.....

DIAGNÓSTICO (CUD):.....

DSM IV (1) – CIE:.....

EVALUACIÓN MULTIAXIAL:.....

Eje I:.....

Eje II:.....

Eje III:.....

Eje IV:.....

Eje V:.....

DEFICIENCIA:.....

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte PRIVADO (NO justifica mencionar patología de base ni que no se moviliza por sus propios medios):

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE: _____

(1) Consignar los Ejes.

* **Datos a completar por el Médico de Cabecera.** Es **obligación** completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.