



**SOLICITUD PARA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS, CONSTANCIAS, INFORMES O  
DICTAMEN, EN LAS DEPENDENCIAS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD**



Trujillo, ..... de ..... de 20.....

Señor Director de la Institución: **INST.REG.DE OFTALMOLOGÍA "JAVIER SERVAT UNIVASO"**

Solicita:  Instituto  Hospital  Red de Salud

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos:

DNI.N° ó Carné de Extranjería:

Teléfono y/o Celular:

Dirección ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito

Provincia

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos:

D.N.I.N°:

**Que habiendo sido atendido en:** (Marcar con X la opción seleccionada)

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	Consultorio:	Fecha:	Historia clínica N°:
<input type="checkbox"/> Emergencia	Consultorio:	Fecha:	Historia clínica N°:
<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio:	Ingreso:      Alta:	Historia clínica N°:
<input type="checkbox"/> Sala de Operaciones	Servicio:	Ingreso:      Alta:	Historia clínica N°:

**Exposición de motivos de lo solicitado:** (Sustentar lo solicitado)

Solicitante:

Trámite Documentario: (Indicar fecha, hora y sello de recepción)

Firma del Solicitante

Número de Registro del Documento

Número de Registro del Expediente

GRS-FORM N° 001

**"Justicia Social con Inversión"**