



Gerencia Regional de Salud

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



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

Señor: Director de la Institución: **INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA**

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.NO:

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)

Empty space for exposure of reasons.

Solicitante:

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

Empty space for signature and stamp.

Firma del Solicitante

Número de Registro del Documento

Número de Registro del Expediente

**"Creciendo Juntos en Libertad"**

Dirección: Mz P' Lote 07-A Sector Natasha Alta Urb- Covicerti - Trujillo Telf. 044-287296 www.lrotrujillo.gob.pe