



EXPEDIENTE N°

FORMATO DE SOLICITUD

Señor Director del Hospital de Rehabilitación del Callao

I. DATOS DEL PACIENTE.

Nombres y Apellidos: _____ con DNI N° _____ Historia Clínica N° _____
 _____, fui atendido(a) en el Servicio de _____ Consultorio (), el día _____

Nota.- Señalar si la indicaron descanso médico ().

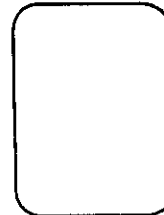
II. DATOS DEL SOLICITANTE.

Grado de parentesco: Madre () Padre () Hijo(a) () Apoderado () previa Carta Poder.

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ Teléfono N° _____, ante usted me presento y solicito _____. Adjunto: Fotocopia legible de Documento de Identidad del paciente y del solicitante. En caso del apoderado y/o representante legal, adjuntar Carta Poder y Fotocopia de DNI.



R. LAMA M.



 Firma del Solicitante

Huella Digital

DOCUMENTO SOLICITADO:	Marcar (X)
1. Constancia de Atención	
2. Certificado de Discapacidad	
3. Certificado de Discapacidad Severa	
4. Informe Médico Psicosomático y/o Psicológico	
5. Copias Certificadas (Historia Clínica, Exámenes Auxiliares y Certificados)	
6. Transparencia y Acceso a la Información Pública	

IMPORTANTE: La emisión de los certificados según solicitud, serán previas evaluaciones médicas respectivas.