Capítulo V. Anexos
Modelos de Solicitud y Modelo de Formato

MODELO DE SOLICITUD DE CONSTANCIA DE ATENCIÓN

SOLICITO: Constancia de atención

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – TUMBES

S.D.E

Yo, ... con D.N.I Nº ....., con domicilio en ..... me presento y expongo:

Qué, teniendo la necesidad de contar con un documento que constate mi estado de salud, para presentar en..... habiendo sido atendido y/o hospitalizado en.....el día.....con H.C Nº....., Y SIENDO NECESARIO CONTAR CON UNA constancia de atención, PARA .....

Solicito a usted, ordene a quien corresponda se me expida la mencionad Constancia.

Por lo expuesto, ruego a usted atender mi solicitud, por ser de justicia.

Tumbes,.....de.....del 2013

.....
FIRMA
D.N.I Nº.....
TELEFONO(S): .....
.....

Requisitos: (Presentar Unidad de Trámite Documentario)
. Solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital.

Copia del Original

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Administración Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Unidad Desarrollo Institucional Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Ministerio de Salud

MODELO DE SOLICITUD DE CONSTANCIA DE NACIMIENTO

SOLICITO: Constancia de Nacimiento

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – TUMBES

S.D.E

Yo, ... con D.N.I Nº ....., con domicilio en ..... distrito, ...ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, teniendo la necesidad de contar con una **CONSTANCIA DE NACIMIENTO**, solicito a Usted se me expida dicho documento por ser de justicia.

Tumbes,.....de.....del 2013

.....
FIRMA
D.N.I Nº.....
TELEFONO(S): .....
.....

Requisitos: (Presentar en Unidad de Trámite Documentario)
. Solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital.

Copia fiel del Original

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Administración Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Unidad Desarrollo Institucional Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Ministerio de Salud

MODELO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE SALUD

SOLICITO: Certificado de Salud

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – TUMBES

S.D.E

Yo, ... con D.N.I Nº ....., con domicilio en ..... distrito, ...ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, teniendo la necesidad de contar con un documento que constate mi estado de salud, para presentar en.....,
motivo por el cual , solicito a usted se me expida un **CERTIFICADO DE SALUD**. Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Tumbes,.....de.....del 2013

.....
FIRMA
D.N.I Nº .....
TELEFONO(S): .....
.....

Requisitos: (Presentar en Unidad de Trámite Documentario)
. Solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital.
. Resultados de los exámenes de sangre y Rx.

Averiguar: En la Unidad de Estadística e Informática, el trámite de su Expediente

Copia fiel del Original

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 JAMO TUMBES Oficina de Administración Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 JAMO TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Unidad de Desarrollo Institucional Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 JAMO TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Ministerio de Salud

MODELO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA Ó EPICRISIS

SOLICITO: Copia de Historia Clínica o Epicrisis

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – TUMBES

S.D.E

Yo, ... con D.N.I Nº ....., con domicilio en ..... distrito, ...ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, habiendo sido atendido el día.....con H.C Nº ....., solicito a usted, se me expida una copia de .....para..... .....Por tanto:

Sirvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Tumbes,.....de.....del 2013

.....
FIRMA
D.N.I Nº.....
TELEFONO(S): .....
.....

Requisitos: (Presentar en Unidad de Trámite Documentario)
. Solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital.

Copia fiel del Original

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Administración Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Unidad de Desarrollo Institucional Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - JAMO - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Ministerio de Salud

MODELO DE SOLITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

SOLICITO: Certificado de Discapacidad

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – TUMBES

S.D.E

Yo, ... con D.N.I Nº ....., con domicilio en ..... distrito, ...ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, habiendo sido evaluado en el Servicio de Medicina de Rehabilitación el día .....con H.C Nº ..... solicito a usted, se me expida un **CERTIFICA DE DISCAPACIDAD**

Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Tumbes,.....de.....del 2013

.....
FIRMA
D.N.I Nº.....
TELEFONO(S): .....
.....

Requisitos: (Presentar en Unidad de Trámite Documentario)
. Solicitud dirigida al Director Ejecutivo del Hospital.
. Visto bueno del Servicio de Medicina de Rehabilitación

Copia fiel del Original

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - TUMBES Oficina de Administración Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Unidad Desarrollo Institucional Ministerio de Salud

Gobierno Regional - Tumbes Hospital Regional II-2 - TUMBES Oficina de Planeamiento Estratégico Ministerio de Salud