



"AÑO DEL CENTENARIO DE MACCHU PICCHU PARA EL MUNDO"

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
Teléfono: 3771037 - 3771941

FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)

(1) Sumilla:.....

Señor (a)

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

(2) Destinatario.

.....
(3) Datos del usuario (Apellidos y Nombres)

.....
(4) Domicilio del usuario (Calle-Urb. Avda.)

.....
(5) Documento Nacional de Identidad DNI

.....
Distrito - Provincia

(6) Pedido del Usuario (marca con una (x))

() Constancia Atención

() Copia Simple Historia Clínica

() Informe Médico

() Constancia de Nacimiento

() Certificado de Salud

() Copia Fedateada Historia Clínica

(7) Fundamentos del pedido:

.....
.....
(8) Teléfono de referencia:

.....
(9) Anexos (Documentos que adjuntan):

(10) Fecha: Chancay,de.....del 201.....

.....
(11) Firma

D.N.I. Nº