|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitud realizada por:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | |
| **Nombres y apellidos** |  | | | | | | |
| **Documento de identidad** |  | **N°.** |  | **Edad** |  | **Cama** |  |
| **Diagnóstico** |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. INFORMACIÓN DEL PERSONAL CONVOCADO** | |
| **Nombres y Apellidos** | **Cargo, Rol y/o Especialidad** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **3. DESCRIPCIÓN MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recibido por:** | (Firma)  NOMBRES Y APELLIDOS  Cargo y/o Rol |