

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

Miraflores, 01 de enero del 2026

COMPROMISO DE REPOSICIÓN DE UNIDADES DE SANGRE

Por la presente yo, **MARTA CHAVEZ**, identificado(a) con D.N.I. N° **14785214**, me comprometo formalmente (en un plazo máximo de 07 días calendarios), a traer **2 (DOS)** donantes voluntarios para reponer las unidades de sangre utilizadas por el paciente fallecido **PRUEBA10 PRUEBA10, PRUEBA10**, durante su atención en esta institución hospitalaria.

Asimismo, declaro conocer que este compromiso es indispensable para regularizar los trámites administrativos del paciente.

Familiar Responsable
MARTA CHAVEZ
DNI: 14785214

**SERVICIO DE HEMOTERAPIA
Y BANCO DE SANGRE**