

SOLICITO: _____

SERVICIO: _____

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

_____ CON DNI. _____

(Nombres y Apellidos del Solicitante)

PADRE () MADRE () _____ (*) DOMICILIO _____

_____ TELEFONO _____

CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD ____ CON HISTORIA CLINICA N° _____ ANTE USTED ME

PRESENTO Y DIGO _____

ATENTAMENTE;

FECHA ____ / ____ / ____

FIRMA _____