



HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO



PERÚ

Ministerio
de Salud

DISTRIBUCION GRATUITA

FORMULARIO MULTIPLE DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
YO, SEÑOR(A):

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

D.N.I. Nº : N°CELULAR:

CARNET EXTRANJERIA Nº

DOMICILIO:

SELLO DE RECEPCION

PETICIONA (Marcar en el casillero que corresponda con un aspa (x)).

☐

Certificado Medico

☐

Constancia de Practicas Pre Profesionales

☐

Constancia de Atencion Medica

☐

Certificado de Pagos y Descuentos

☐

Informe de Historia Clinica

☐

Regularizacion de Asistencia

☐

Record Operatorio

☐

Otros:

☐

Constancia de Nacimiento

☐

Constancia de Fallecimiento

Datos de la peticion más especifico (Adjuntar Requisitos Adicionales) Opcional.

FUT-/JAR-2025.

FIRMA:

FECHA:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ASUNTO:

PARA:

(Talon desglosable para el usuario)

SELLO DE RECEPCION