



"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 .....