Director Médico

Hospital del Niño

E. S. D.

Sr. Director

**Le agradezco que me extienda:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | Constancia de atenciones recibidas en el hospital |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Constancia de hospitalizaciones |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Constancia de nacimiento |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Evaluación médica del estado de salud |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Pronóstico |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Tiempo que durará el tratamiento de la dolencia |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Resumen clínico |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  | Certificación por servicios prestados (Institución Benéfica, Juntas Comunales, Despacho de la  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Primera Dama, Juzgado para pensiones alimenticias, u otros) especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nombre completo del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Número de cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (si no tiene, anotar el número que aparece en la tarjeta de vacuna).

**Si ha estado hospitalizado:**

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atención en la consulta Externa Especializada**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atención de Urgencia Pediátrica:**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiene resumen anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | (Nombre del solicitante) |
|  |  |  |
|   |  | (Número de cédula) |
|  |  |  |
|   |  | (Parentesco con el paciente) |
|  |  |  |
|   |  | (N° de teléfono) |
|  |  |  |
|   |  | (Nombre a quien debe ir dirigido el documento) |