



República de Panamá
Patronato del Hospital del Niño

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)
(Nº de teléfono)
(Nombre a quien debe ir dirigido el documento)