

DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y CALIDAD
SOLICITUD DE HOJA DE ATENCIÓN

No. _____

FECHA _____
día mes año

Por este medio yo, _____ con cédula de identidad personal, _____
solicito una copia del informe de la hoja de atención (HDA), del día _____
hecho ocurrido en el área o lugar de _____
a las _____ horas, con el objeto de certificar por parte de ustedes la atención de la misma.

la misma es requerida para caso:

☐	Accidentes	☐	Otros Eventos
☐	Legal		
☐	Nacimiento		
☐	Riesgos Profesionales		

Observación (Explicar Motivo) _____

☐

Adjunta nota explicativa

Firma del Solicitante _____ Teléfono: _____

USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

V°B de la Dirección Ejecutiva _____

Unidad Administrativa _____

Tipo de Trámite: _____

Recibido: _____

Fecha: _____

Entregado: _____

Fecha: _____

Autorizado: _____

Directora Servicios Médicos

DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO

ORIGEN: Recepción de la dirección ejecutiva.

CONTENIDO:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Fecha: | Anotar día, mes y año en que se confecciona la forma. |
| 2. Número: | Número secuencial prenumerado para las solicitudes. |
| 3. Contenido: | Detalla información |
| 4. Renglón de Casillas: | Indica el propósito de la solicitud. |
| 5. Observación: | Explica el motivo de la solicitud. |
| 6. Adjunta nota explicativa: | El solicitante anexa petición informal. |
| 7. Firma del Solicitante: | Coloca su nombre. |
| 8. Teléfono: | Número donde se puede localizar. |
| 9. V° B° de la Dirección Ejecutiva: | Director indica se proceda a brindar solicitud. |
| 10. Unidad Administrativa: | Departamento que procesa la solicitud. |
| 11. Tipo de Trámite: | Uso que se le da a la solicitud. |
| 12. Recibido: | Firma de la persona que recibe solicitud. |
| 13. Entregado: | Firma de la persona que entrega solicitud. |
| 14. Autorizado: | Firma del director de servicios médicos |
| 15. Fecha: | Día, mes y año en que se procesó la información. |