Defensoría del Pueblo
Tetãygua Ñeipysyrõ

Defendiendo Tus Derechos

Nro. Expediente				
00	- 00	- 00	- 0000	- 00
Dpto.	Distrito	Filial	N°Exp.	Año

LUGAR DE LA PRESENTACIÓN.
DEPENDENCIA.
FUNCIONARIO RESPONSABLE.

FORMULARIO DE CANALIZACION PARA LA PROVISION DE MEDICAMENTOS U OTROS

Fecha: Hora:

DATOS DEL RECURRENTE			
Nro. Doc.:			
Nombres:		Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Sexo:		Estado Civil:	
Profesión:		Tel.1:	Tel.2:
Dirección:			
Dpto.:	Ciudad:	Barrio:	Nro. Casa:
Correo:			

DATOS DEL PACIENTE			
Nro. Doc.:			
Nombres:		Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Sexo:		Estado Civil:	
Profesión:		Tel.1:	Tel.2:
Dirección:			
Dpto.:	Ciudad:	Barrio:	Nro. Casa:
Correo:			

RELATO DE LOS HECHOS

ACOMPAÑA DOCUMENTOS			
Fecha	Documento	Origen	

Asesorado por:

Firma: Aclaración: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Funcionario de Mesa de Entrada**	Firma: Aclaración: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Recurrente/Paciente**