

Requisitos para ser beneficiados con sillas de rueda, andaderas, bastones, muletas, carriolas ortopédicas y pañales de adultos.

<p>RESUMEN CLINICO EN HOJA MEMBRETADA ORIGINAL:</p> <p>Nombre completo del Paciente y edad. Fecha en que emite el Resumen Clínico. Especificar correctamente el tipo de apoyo que requiere. Nombre completo del Médico tratante, cédula profesional, firma y sello oficial de la Unidad Médica.</p>
<p>FOTOGRAFIA ACTUALIZADA DE CUERPO COMPLETO DEL PACIENTE:</p> <p>Sentado en la silla normal o acostado.</p>
<p>COPIA DEL I.N.E. DEL FAMILIAR QUE GESTIONA EL APOYO:</p> <p>Solo podrán hacer trámites Familiares Directos: Padres, Hijos, Hermanos o Cónyuges.</p>
<p>COPIA DEL I.N.E. DEL PACIENTE: Vigente COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO En caso de ser Menor de Edad. COPIA DE LA CURP ACTUALIZADA: Del solicitante y del paciente.</p>
<p>COMPROBANTE DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</p> <p>Recibo de Luz, Agua, Predial (Domicilio que coincida con la credencial del I.N.E.)</p>

Nota: Solo se aceptan documentos: del SECTOR SALUD (Hospital de Alta especialidad, Dr. Gustavo A. Rovirosa, Hosp. de la Mujer, Hosp. Juan Graham Casasús, Hosp. Del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Hospital Regional o Centro de Salud de la Comunidad).

Requisitos para ser beneficiados con sillas de rueda, andaderas, bastones, muletas, carriolas ortopédicas y pañales de adultos.

<p>RESUMEN CLINICO EN HOJA MEMBRETADA ORIGINAL:</p> <p>Nombre completo del Paciente y edad. Fecha en que emite el Resumen Clínico. Especificar correctamente el tipo de apoyo que requiere. Nombre completo del Médico tratante, cédula profesional, firma y sello oficial de la Unidad Médica.</p>
<p>FOTOGRAFIA ACTUALIZADA DE CUERPO COMPLETO DEL PACIENTE:</p> <p>Sentado en la silla normal o acostado.</p>
<p>COPIA DEL I.N.E. DEL FAMILIAR QUE GESTIONA EL APOYO:</p> <p>Solo podrán hacer trámites Familiares Directos: Padres, Hijos, Hermanos o Cónyuges.</p>
<p>COPIA DEL I.N.E. DEL PACIENTE: Vigente COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO En caso de ser Menor de Edad. COPIA DE LA CURP ACTUALIZADA: Del solicitante y del paciente.</p>
<p>COMPROBANTE DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</p> <p>Recibo de Luz, Agua, Predial (Domicilio que coincida con la credencial del I.N.E.)</p>

Nota: Solo se aceptan documentos: del SECTOR SALUD (Hospital de Alta especialidad, Dr. Gustavo A. Rovirosa, Hosp. de la Mujer, Hosp. Juan Graham Casasús, Hosp. Del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Hospital Regional o Centro de Salud de la Comunidad).