



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS**

SOLICITUD DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha	<input type="text"/>	Número de expediente:	<input type="text"/>
Nombre de Nacimiento	<input type="text"/>		
Nombre de Preferencia	<input type="text"/>		

DOCUMENTOS POR ENTREGAR

<input type="checkbox"/> Copia de certificado nacimiento	<input type="checkbox"/> Notificación de Decisión Tomada
<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de su seguro social	<input type="checkbox"/> Copia de la carta de Cubierta Especial
<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta del plan médico	<input type="checkbox"/> Copia de identificación con Foto
<input type="checkbox"/> Evidencia de su domicilio	<input type="checkbox"/> Copia de resultados de Papanicolaou (Pap Smear)
<input type="checkbox"/> Evidencia de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Copia de resultados de Mamografía
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>

NOTA

Dicha documentación debe ser entregada en su próxima cita en el Centro Clínico de: _____
al Manejador/a de Casos Clínico (MCC): _____

Firma del Manejador/a de Casos Clínico