



SOLICITUD DE RECARGA DE OXÍGENO

La presente solicitud está dirigida a la Coordinación de Responsabilidad Social de la Universidad César Vallejo, en virtud a su RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO N° 0350-2021/UCV.

PLANTA: _____	Fecha y hora: _____
Lugar: _____	
Solicitante:	
Nombres y apellidos: _____	
DNI/Carné de extranjería: _____	Celular: _____
Domicilio: _____	
Correo: _____	
Grado de parentesco con el paciente: _____	
N.º del Balón de oxígeno: _____	

FICHA DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____	DNI: _____				
Domicilio: _____	Edad: _____				
Correo: _____	Género: _____				
Tipo de tratamiento: <input type="checkbox"/> Hospitalizado	<input type="checkbox"/> Domiciliario				
Hospital o Clínica: _____	RUC: _____				
Teléfono: _____					
Nombre del médico: _____					
Número de colegiatura: _____					
Teléfono(*): _____					
Receta: _____					
Fecha de la receta: _____					
Prescripción: _____					
Estimación aproximada de duración de la carga: _____					
Control de recargas:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Documentos de sustento indispensables:

1. Copia o carga digital del DNI del solicitante.
2. Copia o carga digital del DNI del paciente.
3. Copia o carga digital de la receta.
4. Copia de recibo de servicio público. (constatar el domicilio) (*).

(*): *opcional*

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, que los datos personales declarados, incluyendo los relacionados a la salud, sean accedidos por la Universidad César Vallejo, con fines de atención en el servicio requerido.

Firma del solicitante
(nombres, apellidos y DNI)

Firma de aprobación de la solicitud
(sello, firma, nombre y cargo)