



**Solicitud de Donación de Silla de Ruedas
OFC-REX-DFO-001**

Datos del solicitante

Fecha Día ___ Mes ___ Año 20___

Nombres:	
Apellidos:	
Cédula de Identidad:	
Enfermedad que padece:	
Dirección del Domicilio	
Ciudad:	Provincia:
Teléfonos:	
Correo Electrónico:	

APROBADO

Adjuntar:

- Foto actual de cuerpo entero
- Copia de Cédula de identidad
- Certificado Médico que indique el estado de salud y la necesidad de silla de ruedas.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Entregar o escanear con **todos** los requisitos en:
Hospital Luis Vernaza- Inspectoría de Coordinación Interinstitucional con Entidades Afines
Teléfono 2560 300 Ext 2101
Email. jmunozp@jbgye.org.ec



Espacio reservado para la JBG

Valoración del Paciente:	NIÑO	<input type="checkbox"/>	Adulto	<input type="checkbox"/>
Presenta Ulceras:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Amputación:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Selección de Silla

GEN 1

GEN 2

GEN 3

Selección de Medida

S	M	L	XL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responsable Valoración y Selección de Silla

Firma

Fecha: ____/____/____

Firma de Beneficiario

FOTO

Observaciones: _____