



GERENCIA DEL AREA DE SALUD
DON BENITO -VVA. DE LA SERENA

JUNTA DE EXTREMADURA
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

N.º Expediente

SOLICITUD PRESTACIONES SANITARIAS

1º solicitud

Sucesivas

Ortoprótosis	
Desplazamientos y estancia	
Otras	

PACIENTE(cumplimentar en todo caso)

1º Apellido	2º Apellido	Nombre

D.N.I N.º Seguridad Social

Calle/Plaza n.º Escalera Piso letra

Localidad C.P..... Provincia

Teléfono

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en pacientes menores de edad e Incapacitados/as)

1º Apellido	2º Apellido	Nombre

D.N.I Parentesco

--	--

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA (sólo desplazamientos y estancia)

Localidad de Origen Provincia

Centro Sanitario de Destino Provincia

Medio de Transporte utilizado Acompañante SI NO

Fecha y firma: