

SOLICITUD



MATERIALES EDUCATIVOS Y AFICHES "DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE"

La Oficina del Procurador del Paciente (OPP) tiene como visión ser el medio que garantiza que todo ciudadano paciente en Puerto Rico tenga acceso a un sistema de prestación de servicios de salud de alta calidad y sea tratado dignamente. Por ello estamos comprometidos en ofrecer el mejor servicio, para hacer cumplir a cabalidad los preceptos contenidos en la Ley Núm. 194-2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"; al atender e investigar los reclamos de los ciudadanos pacientes de Puerto Rico. ¡Déjenos saber cómo le podemos ayudar!

Fecha de Solicitud: _____

Recibida por: _____

Información del Solicitante

Institución: _____

Persona contacto: _____

Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Afiche:

"Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"

Materiales Educativos

Solicitud: Marque con una 'X' el idioma en que solicita el material y especifique la cantidad.

	Español	Inglés
Idioma		
Cantidad		

Lugar donde serán ubicados: _____

Datos adicionales: _____

Solicitud: Especifique la cantidad en el material educativo que solicita.

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| _____ Endometriosis | _____ Hipertensión |
| _____ Embarazadas | _____ Hospitalización |
| _____ Condición Renal | _____ Cubierta Especial |
| _____ Tiroides | _____ Pregúntale a tu médico |
| _____ Asma | _____ Ley Núm. 77-2013 |
| _____ Influenza | _____ Ley Núm. 194-2003 |
| _____ Epilepsia | _____ Trato Digno |
| _____ Cáncer de Mama | _____ Apoyo al cuidador |
| _____ Alzheimer | _____ Somos OPP |
| _____ Referidos | _____ Conozca sus derechos |
| _____ Zika | _____ Cómo radicar querrela |
| _____ Artritis Reumatoidea | |
| _____ Diabetes | |
| _____ VIH | |

Razón de la solicitud:

Entidad acreditadora

Feria de Salud

Otro:

Cumplimiento de Ley

Actividad Educativa

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Afiche peticionado:

<input type="checkbox"/>	Personalmente	<input type="checkbox"/>	Correo Postal	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Fax
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	Otro:				

Oficina: _____

Fecha: _____

Empleado(a) que hizo entrega: _____