



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA MAGISTRATURA  
 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
 DIRECCIÓN DE SERVICIOS AL PERSONAL  
 DIVISION DE BIENESTAR SOCIAL



## PLANILLA DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NRO DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

DATOS DEL TRABAJADOR	
APELLIDOS:	NOMBRES:
CEDULA DE IDENTIDAD NRO:	TELEFONOS:

DATOS DEL BENEFICIARIO		
APELLIDOS:	NOMBRES:	CEDULA DE IDENTIDAD:
EDAD:	SEXO:	PARENTESCO:

CAUSA DEL INGRESO

DECLARACION DEL CENTRO HOSPITALARIO
-------------------------------------

YO \_\_\_\_\_, EN CALIDAD DE REPRESENTANTE DE \_\_\_\_\_  
 DECLARO QUE EL PACIENTE \_\_\_\_\_, CON C.I. N° \_\_\_\_\_ HA SIDO REGISTRADO EN  
 ESTE CENTRO DURANTE \_\_\_\_\_ DIAS, Y HA SIDO REGISTRADO EN NUESTROS LIBROS CON FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, GENERANDO GASTOS QUE  
 ASCIENDEN A BS. \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE	
APELLIDOS Y NOMBRES:	
C.I. N°	CODIGO DE COLEGIATURA
<p style="text-align: right;">_____ Firma y sello del Médico</p>	