



**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](mailto: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: \_\_\_\_\_