



**SOLICITUD DE INTERVENCION QUIRURGICA PARA LA FUNDACIÓN
OFTALMOLOGICA MÉDICA (F.O.M)**

HOSPITAL

TELEFONO DE ATENCION AL PACIENTE:

CORREO ELECTRONICO:

REFERENCIA:

NUM.: SIP

D./D^a _____

Incluido/a en la lista de espera quirúrgica de este hospital, en el servicio de oftalmología.

ACEPTA:

NO ACEPTA:

Señale con una X la opción deseada

En _____, a _____ de _____ 20 ____

Fdo.:

NOTA IMPORTANTE: La presente solicitud deberá cumplimentarla y presentarla o remitirla a su hospital o centro de salud, antes de 45 días de su recepción.

La elección de centro siempre será respetada, excepto en los casos que la demora para atenderle en el centro elegido sea mayor que el hospital público que tenga asignado.