

____ de _____ del año _____

FORMULARIO CAMBIO DE NOMBRE

DATOS SOLICITANTE

Nombre: _____

RUT: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

DATOS DEL CAMBIO

Nombre Social: _____

VINCULO LEGAL DEL SOLICITANTE Y PACIENTE (Marcar con una X)

A esta solicitud se debe adjuntar copia de C.I por ambos lados e informe de psiquiatría positivo en caso de NNA (Menores de 17 años)

☐

Padre

☐

Madre

☐

Tutor Legal

☐

Otro
(Especificar)

OBSERVACIONES

Firma solicitante

Firma Director Médico