GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales

salud
servicio aragonés de salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"MIGUEL SERVET"
Pº Isabel la Católica, 1-3
50009 ZARAGOZA

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Nº de REGISTRO:_____

HOJA DE SUGERENCIAS

A.- DATOS DEL PACIENTE:

_____ _____ _____
Nombre 1º Apellido 2º Apellido

B.- DATOS DEL FIRMANTE: (En representación del paciente)

_____ _____ _____
Nombre 1º Apellido 2º Apellido

DNI: _____ Parentesco con el paciente:_____

Domicilio:_____Tfno:_____

Población:_____Provincia: _____CP:_____

EXPONE:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FECHA FIRMA