



Universidad de Puerto Rico
 Recinto de Ciencias Médicas
 Departamento de Cirugía
Sección de Neurocirugía
Programa Piénsalo Primero



Hoja de Solicitud de Servicios

Instrucciones: Llena los espacios correspondientes según aplique. Las actividades educativas tienen una duración aproximada de una hora.

Nombre de la Institución:				Pueblo:	
Dirección:					
Nombre persona(s) contacto(s):			Teléfono:		
1. _____ 2. _____			(Fax: _____)		
Posición o puesto:			Celular:		
1. _____ 2. _____			1. _____ 2. _____		
Marca (x) tipo de institución:				Área:	
a. Escuela Pública: _____				a. Rural _____	
b. Escuela Privada: _____				b. Urbana _____	
c. Grupo Comunitario: _____					
indique, _____					
d. Campamento: _____					
e. Otro, _____					
indique, _____					
Información de participantes				Tipo de actividad solicitada:	
Grado/Edad	Cantidad	Hora	Fecha	a. Actividad Educativa: _____	
				Tema: _____	
				b. Feria de Salud/Mesa Informativa: _____	
				c. Material Informativo: _____	
				d. Otro: _____ indique, _____	
				Solicitado por:	
				Nombre:	
				Posición o puesto:	
				Fecha de solicitud:	
¿Cómo se enteró de nuestros servicios?					
Existe alguna situación de seguridad donde se realizará la actividad:					
No, _____ Sí, _____ ¿Cuál? _____					
Otros comentarios:					