



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

ACTA DE ENTREGA DE MENORES N° – 202.... /UAS/SAT-DAADYT

En la ciudad de Lima, distrito de Villa El Salvador, a las ____hrs del día ____del mes ____del año ____.

En la Unidad de Asistencia Social, del Hospital de Emergencias Villa El Salvador ubicado en Av. 200 Millas S/N cruce con Av. Pastor Sevilla, al momento del alta médica del (la) menor _____ de sexo _____ de _____ años de edad, de nacionalidad _____ quien se encuentra hospitalizado(a) en el servicio _____ con N° de Historia Clínica _____, con N° de Cuenta _____ con diagnóstico(s) médico _____, en calidad de:

Madre adolescente (☐)

Hijo de madre adolescente (☐)

Otros (☐)

Es entregado a el (la) Sr (a) _____ de ____años de edad, identificado(a) con N° de DNI/CI/CE/CTP/Pasaporte: _____ con domicilio ubicado en _____ distrito de _____ Provincia de _____ departamento de _____, identificándose ser padre (☐) madre (☐) otros (☐) _____ del (la) menor quien se encuentra con alta médica y social, en condición de salud estable.

Debidamente acreditados, adjuntamos en la presente acta las copias de los documentos de identidad de la persona responsable.

FIRMA Y/O HUELLA		FIRMA Y SELLO
Familiar Responsable		Trabajador(a) Social