

# SOLICITUD DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS



La Oficina del Procurador del Paciente (OPP) tiene como visión ser el medio que garantiza que todo ciudadano paciente en Puerto Rico tenga acceso a un sistema de prestación de servicios de salud de alta calidad y sea tratado dignamente. Por ello estamos comprometidos en ofrecer el mejor servicio, para hacer cumplir a cabalidad los preceptos contenidos en la Ley Núm. 194-2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"; al atender e investigar los reclamos de los ciudadanos pacientes de Puerto Rico. ¡Déjenos saber cómo le podemos ayudar!

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Recibida por: \_\_\_\_\_

## Información del Solicitante

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información de la Actividad

Solicitud: Marque con una 'X' el tipo de actividad que solicita.

<input type="checkbox"/>	Conferencia	<input type="checkbox"/>	Mesa Educativa	<input type="checkbox"/>	Taller	<input type="checkbox"/>	Feria de Salud/ Servicios
Otro, especifique: _____							

Coordinador(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Horario de la actividad: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Población a la que va dirigida: \_\_\_\_\_

Propósito/ objetivo(s) de la actividad: \_\_\_\_\_

Programa de la actividad—Materiales y recursos educativos a ser utilizados y resumen de la actividad (ofrecer breve descripción):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Actividad peticionada:

<input type="checkbox"/>	Personalmente	<input type="checkbox"/>	Correo Postal	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Fax
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>					Otro:

Solicitud: 

<input type="checkbox"/>	Aprobada
<input type="checkbox"/>	Denegada

Empleado(a): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Asistió a la actividad: Sí  No  Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Número de personas impactadas: \_\_\_\_\_ Envío de material educativo: Sí  No

Materiales educativos entregados: \_\_\_\_\_

Visto Bueno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Favor de enviar la solicitud a través de [info@opp.pr.gov](mailto:info@opp.pr.gov)