

FORMULARIO DE GESTIÓN MÚLTIPLE

DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE:

 Apellido Paterno

 Apellido Materno

 Nombres

 D.N.I. Carnet de Extranjería / Pasaporte N°

Domicilio: Departamento: Provincia: Distrito:

Teléfono/Cel.: Parentesco: Correo electrónico:

DATOS DEL PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):

 Apellido paterno

 Apellido materno

 Nombres

 D.N.I. Carnet de Extranjería / Pasaporte N°

SERVICIO SOLICITADO:

<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica
<input type="checkbox"/> Copia de resultados de ayuda diagnóstica
<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Constancia de Defunción
<input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT

<input type="checkbox"/> Informe Médico
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica de Hijos Mayores de Edad con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica para los Trabajadores Agrarios Independientes, Avícolas, Acuícolas o Agroindustriales Mayores de setenta (70) años.
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica de Cónyuge Sobre-viviente Inválido e Hijos Mayores de Dieciocho (18) Años con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo (trámite pensionario de bonificación mensual-Ley N° 20530).
<input type="checkbox"/> Certificado Médico para el Trámite de pensión de Invalidez (Ley 19990)

Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

.....
.....
.....

Documentos que se adjuntan:

 Comprobante de pago Carta Poder Simple Otro:

Notas:

La información clínica del paciente es reservada (Art. 25º Ley N° 26842, Ley General de Salud). El trámite es personal, de no ser posible, podrá iniciar el familiar directo (cónyuge, hijos, padres o hermanos) o representante legal debidamente acreditado conforme a lo dispuesto en el artículo 5º del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado por D.S. N° 027-2015-SA.

 Firma del Solicitante

 Fecha:/...../.....