

**Instituto Nacional de**

**Enfermedades Neoplásicas**

**PERÚ**

**Ministerio**

**de Salud**

**Formulario TUPA Nº 001**

**SOLICITUD Nº**

**Solicito:** *(****Marcar sólo un Procedimiento Administrativo del TUPA INEN aprobado con D.S. Nº 008-2009-SA****)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  1. Acceso a la Información Pública, *(marcar una modalidad)**Fotocopia* [ ]   *En CD [ ]  En Usb [ ]  o en Correo electrónico [ ]* *[ ]* 1.a Copia de Historia o epicrisis: Autenticadas : Si [ ]  No [ ] [ ]  2. Certificado de Discapacidad (gratuito)[ ]  3. Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez  | [ ]  4. Constancia de Atención[ ]  5. Informe Médico  |

**Comprobante de Pago Nº**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(excepto en casos de procedimientos gratuitos)*

**DATOS, SOLO DEL PACIENTE** (*para Procedimientos números: 1.a,2,3,4 y 5)*

[ ]  D.N.I. o [ ]  Carnet de Extranjería Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Historia Clínica Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Especialidad Médica (según corresponda): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA SOLICITUD***(clara y breve, si requiere más espacio escribir al reverso)*

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| La información aquí consignada es considerada una DECLARACION JURADA,sujeta a responsabilidad de ley en caso de detectarse la falsedad de lo declarado.El trámite es personal; de no ser esto posible, podrá iniciarlo el/la Esposo/a, Padres, Hijo/a ó Representante legal con Carta Poder, que deben identificarse con D.N.I. o Carnet de ExtranjeríaEn caso de cita para evaluación médica, debe venir el Paciente con DNI original y acudir al Consultorio Nº 40. Avisar 2 días hábiles antes si no puede venir a la cita de evaluación médica *(Procedimientos 2 y 3).*La entrega del Certificado de Discapacidad es el mismo día de la evaluación médica.Toda persona tiene acceso a información pública.La información clínica del paciente es reservada (Ley 26842 – Ley General de Salud Art. 15 y 25)  | **DATOS DEL SOLICITANTE:** Surquillo, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202… Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI o Carnet de Extranjería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



**Instituto Nacional de**

**Enfermedades Neoplásicas**

**Ministerio**

**de Salud**

**PERÚ**

**CARGO DE SOLICITUD Nº**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  1. Acceso a la Información Pública*Fotocopia* [ ]  en *CD* [ ]  en *USB* [ ]  o en Correo Electrónicp [ ] 1.a Copia de Historia Clínica o Epicrisis: autenticado: Si [ ]  No [ ]  [ ]  2. Certificado de Discapacidad (gratuito)[ ]  3. Certificado Médico para otorgamiento de pensión de invalidez [ ]  4. Constancia de Atención [ ]  5. Informe Médico | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recibido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sello y Firma |