

**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 Extranjería  En 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 |