**SOLICITUD N°**

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  1.Certificado de Discapacidad (gratuito)[ ]  2.Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez[ ]  3. Constancia de Atención |  [ ]  4. Copia de Historia Clínica o Epicrisis: *Autenticada* Sí [ ]  No [ ]  [ ]  5. Informe Médico |

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

*(Excepto en casos de procedimientos gratuitos)*

**DATOS, SOLO DEL PACIENTE** (*para Procedimientos números: 2 a 3, 4,5 y 6)*

[ ]  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)*

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE:** Surquillo, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202­­­­\_\_ Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI o Carnet de Extranjería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **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****Toda persona tiene acceso a información pública.****Sólo se aceptará el recojo de lo solicitado dentro los 30 días después de la recepción de la solicitud – Artículo 191º de la Ley 27444.****La información clínica del paciente es reservada (Ley 26842– Ley General de Salud Art. 15 y 25)****Para recoger y solicitar información llamar a la Unidad Funcional de Trámite Documentario (UFTD) de la Secretaría General. Teléfono: 2016-500, Anexo 1108 - 1223, de Lunes a Viernes de 08:15 am. a 04:15 pm. y Sábados 08:00 am. a 01:00 pm.** |





**Instituto Nacional de**

 **Enfermedades Neoplásicas**

**SECTOR SALUD**

**PERÚ**

 **CARGO DE LA SOLICITUD N°**

[ ]  1. Certificado de Discapacidad (gratuito)

[ ]  2. Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez

[ ]  3. Constancia de Atención

[ ]  4. Copia de Historia Clínica o Epicrisis: *Autenticada* Sí [ ]  No [ ]

[ ]  5. Informe Médico FIRMA Y SELLO

* **En caso que el administrado no venga a recoger los documentos solicitados dentro de los 60 días calendario de haber sido puesto a su disposición, estos serán remitidos al archivo central del INEN**

|  |
| --- |
| **CARGO DE ENTREGA** |
| RECIBI CONFORME |
| NOMBRES Y APELLIDOS: |   |
| DNI: |   |
| FECHA: |   |
| HORA: |   |
| FIRMA:  |   |