

SOLICITUD DE TRAMITES

El INEN tiene a su disposición un formulario para solicitar trámites



¿QUÉ TRÁMITES PUEDE REALIZAR CON LA SOLICITUD DE TRÁMITES?

1. Certificado de Discapacidad.
2. Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez.
3. Constancia de Atención.
4. Copia de Historia Clínica o Epicrisis.
5. Resultados de Exámenes.
6. Informe Médico

¿QUIÉNES PUEDEN SOLICITARLO?

El trámite es personal, de no ser posible, podrá solicitarlo el/la espos/a, padres, hijo/a o representante legal con carta poder simple debidamente identificado con DNI o Carnet de Extranjería.

¿PODRÍA SOLICITAR MÁS TRÁMITES EN UNA SOLICITUD?

No, solo se puede utilizar una solicitud por cada trámite que desee realizar.



¿Cómo llenar correctamente la Solicitud de Tramites INEN?

1er paso

Elija el trámite que desee realizar

2do paso

Coloque los datos del paciente

3er paso

Coloque el detalle de su solicitud

4to paso

Complete los datos del solicitante

5to paso

Coloque su firma conforme al DNI

PERÚ Sector Salud Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN

SOLICITUD DE TRÁMITES

SOLICITUD N°: _____

I. SOLICITUD: (Marcar sólo un recuadro)

<input type="checkbox"/> Certificado de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes
<input type="checkbox"/> Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez	- Laboratorio <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Constancia de Atención	- Radiodiagnóstico <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica / Epicrisis	- Patología <input type="checkbox"/>
- Autenticada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- Otros <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Informe Médico

II. DATOS DEL PACIENTE:

• Documento (D.N.I. / C.E. Nº / Otro _____): _____ Historia Clínica N°: _____

• Nombres y Apellidos: _____

• Domicilio: _____ Teléfono: _____

• Especialidad médica donde se atiende: _____

III. DETALLE DE LA SOLICITUD (En caso solicite Resultados de Exámenes, debe colocar nombre del examen y fecha del mismo)

La presente solicitud tiene carácter de **DECLARACION JURADA**, sujeta a responsabilidad de ley en caso se advierta falsedad de lo declarado. La información clínica del paciente es reservada y por ello el trámite es personal (Ley 26842- Ley General de Salud Art. 15° y 25°) de no ser esto posible, podrá iniciarlo el/la esposo/a, padres, hijo/a o representante legal con carta poder simple, identificándose debidamente con D.N.I. o Carnet de Extranjería. Cuando el solicitante incumpla con cancelar el monto previsto por su trámite o habiendo cancelado dicho monto, no requiera su entrega, dentro del plazo de sesenta (60) días calendario contados a partir de la puesta a disposición de la liquidación o de la información, según corresponda, su solicitud será archivada. Para hacer seguimiento y recoger su información llamar a teléfono: 201-6500, Anexo 1108 o 1223 de lunes a viernes de 08:15 am. a 04:15 pm.

IV. DATOS DEL SOLICITANTE:

• Nombre y Apellidos: _____

• Parentesco: _____

• DNI / Carnet de Extranjería / Otro : _____

• Teléfonos de contacto: _____

• Correo Electrónico: _____

• Dirección: _____

• Surquillo, ____ de ____ de 202__

• Firma: _____

SOLICITUD N°: _____

<input type="checkbox"/> Certificado de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Resultados
<input type="checkbox"/> Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez	- Laboratorio <input type="checkbox"/> / RD: <input type="checkbox"/> / Patología <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Constancia de Atención	- Otros <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica o Epicrisis (Autenticada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Informe Médico

Recibido por: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Sello y Firma

En caso que el administrado no se apesere a recoger la documentación solicitada dentro de los sesenta (60) días calendario de haber sido puesto a su disposición, la misma será remitida al Archivo Central del INEN.