****

**PERÚ**

**Instituto Nacional de**

**Enfermedades Neoplásicas**

**Sector**

**Salud**

**SOLICITUD DE TRÁMITES**

**SOLICITUD N°:**

1. **SOLICITUD:** *(Marcar sólo un recuadro)*

|  |  |
| --- | --- |
| Certificado de Discapacidad  Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de  invalidez  Constancia de Atención  Copia de Historia Clínica / Epicrisis   * Autenticada: Sí No | Resultados de Exámenes   * Laboratorio * Radiodiagnóstico * Patología * Otros   Informe Médico |

1. **DATOS DEL PACIENTE:**

## **Documento ( D.N.I.** / **C.E. Nº / Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Historia Clínica Nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Nombres y Apellidos**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Domicilio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**
* **Especialidad médica** **donde se atiende:**

1. **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 ó 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.

1. **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°:**

Certificado de Discapacidad  Resultados

Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez - Laboratorio  / RD:  / Patología

Constancia de Atención - Otros

Copia de Historia Clínica o Epicrisis (Autenticada*:* Sí  No )  Informe Médico

**Recibido por:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sello y Firma**

# En caso que el administrado no se apersone 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.

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