

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

 N° Folio EsSalud
 (Llenado por el asegurado
 y/o solicitante)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación

II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consignar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

DATOS DEL SOLICITANTE:			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

III.- CONTINGENCIA

<input style="width: 90%;" type="text"/>	(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)
--	--

IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	<input style="width: 90%;" type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	AI	<input style="width: 90%;" type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	Total días	<input style="width: 90%;" type="text"/>
-----	---	----	---	------------	--

V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta <input type="checkbox"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención
-------------------------------------	---

DECLARACIÓN JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple <div style="text-align: center;"> Firma del Declarante o Solicitante _____ <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nro documento identidad</td> </tr> </table> </div>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	USO DE ESSALUD - REFRENDO <div style="text-align: center;"> Firma y sello de EsSalud _____ NIT </div>
Tp Dc Id	Nro documento identidad		

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

 N° Folio EsSalud
 (Llenado por el asegurado
 y/o solicitante)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación

II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consignar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

DATOS DEL SOLICITANTE:			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

III.- CONTINGENCIA

<input type="text"/>	(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)
----------------------	--

IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	<input type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	AI	<input type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	Total días <input type="text"/>
-----	---	----	---	---------------------------------

V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta <input type="checkbox"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención
-------------------------------------	---

DECLARACIÓN JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

SI NO

La firma del solicitante: Titular Persona con carta poder simple

USO DE ESSALUD - REFRENDO

Firma y sello de EsSalud

NIT

Firma del Declarante o Solicitante

Tp Dc Id

Nro documento identidad

Instrucciones para llenar el Formulario Para el Trámite de Validación de Certificado Médico

¿Cuándo se utiliza este Formulario?

El Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico, se utiliza para la Validación del Certificado Médico para la obtención del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT.

Rubro I.- Información del Asegurado

Consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico, del asegurado titular. Consignar la denominación de la entidad empleadora y la del trabajo habitual u ocupación del asegurado. En caso de tener más de una entidad empleadora consignar la información respectiva.

Rubro II.- Información del Solicitante

Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular.

consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico del solicitante.

Rubro III.- Contingencia

consignar el código de contingencia respectiva, detalladas en la Tabla del presente Formulario.

Rubro IV.- Periodo a Validar

consignar el periodo (del/a) y el total de días para su validación.

Rubro V.- Documentos a Presentar

Consignar la cantidad de documentos que presenta adjunto al Formulario.

Adjuntar los documentos señalados en la Tabla del presente Formulario, según su contingencia y tipo de atención.

DECLARACIÓN JURADA

Marcar con un aspa en la opción SI o NO, para autorizar el envío de notificaciones a través del correo electrónico declarado en el presente Formulario

TABLA DE CONTINGENCIAS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR POR TIPO DE ATENCION

CONTINGENCIA		TIPO DE ATENCIÓN		
Código	Denominación	Consulta Externa	Emergencia	Hospitalización
01	ENFERMEDAD COMÚN	Original del certificado Médico		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epicrisis
		Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
02	ACCIDENTE COMÚN			Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico
08	ACCIDENTE DE TRABAJO SIN SCTR	Recibo por honorarios o comprobante de pago de la atención recibida		
		Si la atención fue brindada a través de una Entidad Prestadora de Salud o Seguros Médicos Particulares, adjuntar la documentación que sustente la atención recibida (copia de liquidación de gastos o copia de la preliquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención de farmacia o copia del reporte de consumos por afiliados o copia de la carta de garantía)		
03	ACCIDENTE DE TRABAJO	Original del Certificado Médico		
		Copia del Aviso de Accidente de Trabajo		
		Copia de la Solicitud de Atención Médica, a partir de la segunda atención		
		Copia de indicaciones Médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epicrisis
04	ENFERMEDAD PROFESIONAL	Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
05	MATERNIDAD	Original del Certificado Médico, que incluya Fecha de Última Regla (FUR), Fecha Probable de Parto (FPP) y fecha de inicio. En caso de embarazo prolongado, el certificado debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado		
		Copia de Informe ecográfico del III Trimestre (28 a 42 semanas)		
		Copia del informe del médico tratante del neonato o Copia del Certificado de defunción, cuando el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas y copia del último informe ecográfico; en caso de parto prematuro (antes de las 30 semanas de gestación)		
		Acta de nacimiento o partida de nacimiento o presentación del DNI del recién nacido, en caso de solicitud de validación posterior al parto		
06	PARTO MULTIPLE	Copia de recibos por honorarios profesionales o copia de comprobante de pago de la atención recibida en caso de embarazo prolongado		
		Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, en caso de diferimiento (Anexo N°18, Directiva N°15-GG-ESSALUD-2014)		
		Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
07	ACCIDENTE DE TRANSITO	Original del Certificado Médico		
		Copia del parte policial o copia de la Poliza de SOAT		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de epicrisis
		Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del reporte operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
09	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Original del Certificado Médico que confirmen discapacidad permanente del recién nacido		

Importante

- Consignar los datos de las personas según Datos de documento de identidad correspondiente.
- Llenar el Formulario con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES ni ENMENDADURAS.