



Mas Salud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS
UNIDAD DE ARCHIVO E HISTORIAS CLINICA
Área de Registros Médicos

**SOLICITUD SOBRE
PRESTACIONES ASISTENCIALES**

DATOS DEL SOLICITANTE Y / O REPRESENTANTE :

[Empty text box for applicant name]

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Identificado (a) con: D.N.I. <input type="checkbox"/>	C.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
Nº		[Empty text box]
Domicilio en : [Empty text box]		[Empty text box]
Calle / Jr. / Av.		Distrito
Teléfono : [Empty text box]	Parentesco :	[Empty text box]

DATOS DEL PACIENTE :

[Empty text box for patient name]

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Identificado (a) con: D.N.I. <input type="checkbox"/>	C.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
Nº		[Empty text box]
Autogenerado : [Empty text box]	Teléfono :	[Empty text box]
Domicilio en : [Empty text box]		[Empty text box]
Calle / Jr. / Av.		Distrito

SERVICIO SOLICITADO :

- Informe Médico de la Especialidad
- Copia simple de historia clínica
- Copia fedateada de historia clínica
- Copia de exámenes auxiliares :
-
-
- Copia de Certificados de Nacimiento (indicar nombres de la madre)

- Copia de Certificado de Defunción
- Copia de Informe de Defunción
- Copia de Epicrisis (pacientes hospitalizados en pisos)
- Constancia de Hospitalización
- Otros.....
-
-

Nota: Adjuntar copia de la boleta de Pago y copia del DNI. En caso de trámite por tercera persona, autorizar con una carta poder simple adjuntando copia de su DNI.

Firma del solicitante ó paciente

..... / /
Fecha del Documento