



FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> N° Teléfono fijo y/o Celular.:		
Domicilio: Departamento: Provincia: Distrito:.....		
Correo electrónico:		

II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> N°.....		

III. SERVICIO SOLICITADO:	
<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Informe Médico
<input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT	<input type="checkbox"/> Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud
<input type="checkbox"/> Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990	<input type="checkbox"/> Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo
<input type="checkbox"/> Validación de Certificado Médico	Otro:

Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:

CONTINGENCIA <input type="text"/>	(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formulario)	
ACTOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA		
Número de RUC	Razón Social	Trabajo habitual u ocupación

PERIODO A VALIDAR:		
Del <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Al <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Total días <input type="text"/>
DOCUMENTOS A PRESENTAR		
Se adjunta <input type="text"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención	

IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN		
<input type="checkbox"/> Copia simple	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico*	Comprobante de Pago:
<input type="checkbox"/> Medio magnético*	<input type="checkbox"/> Otros:	Fecha: N° de comprobante:

V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)			
Marque con un aspa "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada	SI	NO	

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA	
N° de Documento de Identidad	Apellidos y nombres

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS	
Apellidos y nombres del titular o representante	Firma del titular o representante legal

Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34º, numeral 34.3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: "En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, ésta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente".

*Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE TRAMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

¿Cuándo se utiliza este Formulario?

El Formulario de Tramite de Gestión Múltiple se utiliza para los siguientes tramites:

- Copia de Historia Clínica.
- Informe Médico.
- Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo –CITT.
- Validación de Certificado Médico: Contingencias comunes, contingencias laborales, accidente de tránsito, maternidad (incluye Extensión descanso posnatal por parto múltiple o, por discapacidad del recién nacido en el marco de la Ley N°29992).
- Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud.
- Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo.
- Certificado médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990.

Rubro I.- DATOS DEL SOLICITANTE: Consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, domicilio, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico. En caso que el titular designe un representante debe autorizar en el rubro V del Formulario. En caso que el titular no pueda expresar su voluntad, representación por mandato judicial o fallecido, adjuntar la documentación sustentatoria.

Rubro II.- DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/ PACIENTE: Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular. consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres.

Rubro III.- SERVICIO SOLICITADO: Marcar con una X en el recuadro contiguo al servicio prestado en exclusividad que se solicita, de ser necesario precisar datos adicionales con relación a lo solicitado.

Contingencia: Consignar el código de contingencia respectiva, detalla en la tabla del presente formulario.

Periodo a validar: Consignar el periodo (del/a) y el total de días para su validación.

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.

TABLA DE CONTINGENCIAS Y REQUISITOS		
Código	Contingencia	Requisitos
1	Contingencias comunes	a) Copia del Certificado Médico que incluye los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención (en caso de paciente no hospitalizado). c) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
2	Contingencias laborales	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Aviso de Accidente de Trabajo. c) Copia de la Solicitud de Atención Médica por Accidente de Trabajo (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
3	Maternidad /parto múltiple	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de descanso por maternidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante, fecha de última menstruación, fecha probable de parto. b) En caso de Embarazo Prolongado de cuarenta y dos (42) a más semanas: El Certificado Médico debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado. c) En caso de Parto Prematuro: Antes de las treinta (30) semanas de gestación se requiere copia del Acta de Nacimiento, cuando el neonato sobrevive; o copia del Acta de Nacimiento y copia de Acta de Defunción, cuando el neonato fallezca después de las setenta y dos (72) horas. d) Después de las treinta (30) semanas, se requiere copia del Acta de Nacimiento. e) En caso que el parto se hubiera producido después de la fecha de parto fijada en el Certificado Médico, se requiere copia de Acta de Nacimiento o Partida de Nacimiento o presentar documento de identidad del recién nacido. f) En caso de postergación del descanso pre natal, adicionar Informe Médico de postergación del descanso por maternidad, emitido por el médico tratante.
4	Niño con Discapacidad Ley N°29992-Extensión del Descanso Post natal	a) Copia del Certificado Médico (en caso de discapacidad permanente del recién nacido). b) Copia del Acta de Nacimiento (en caso de nacimiento múltiple).
5	Accidente de tránsito	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Formato de Registro de Accidentes de Tránsito. c) Copia de indicaciones médicas (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

Rubro IV.- FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN: Marcar con una X en el recuadro contiguo o consignar información del medio de entrega de información.