

## FORMULARIO DE GESTIÓN MÚLTIPLE

**DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE:**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> N°.....		
Domicilio: ..... Departamento: ..... Provincia: ..... Distrito:.....		
Teléfono/Cel.: ..... Parentesco: ..... Correo electrónico: .....		

**DATOS DEL 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° .....		

**SERVICIO SOLICITADO:**

<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica
<input type="checkbox"/> Copia de resultados de ayuda diagnóstica
<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Constancia de Defunción
<input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT

<input type="checkbox"/> Informe Médico
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica de Hijos Mayores de Edad con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica para los Trabajadores Agrarios Independientes, Avícolas, Acuícolas o Agroindustriales Mayores de setenta (70) años.
<input type="checkbox"/> Evaluación Médica de Cónyuge Sobre-viviente Inválido e Hijos Mayores de Dieciocho (18) Años con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo (trámite pensionario de bonificación mensual-Ley N° 20530.
<input type="checkbox"/> Certificado Médico para el Trámite de pensión de Invalidez (Ley 19990)

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

.....

.....

.....

**Documentos que se adjuntan:**

Comprobante de pago  Carta Poder Simple  Otro:.....

**Notas:**

La información clínica del paciente es reservada (Art. 25° Ley N° 26842, Ley General de Salud). El trámite es personal, de no ser posible, podrá iniciarlo el familiar directo (cónyuge, hijos, padres o hermanos) o representante legal debidamente acreditado conforme a lo dispuesto en el artículo 5° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado por D.S. N° 027-2015-SA.

Firma del Solicitante
-----------------------

Fecha: ...../...../.....
--------------------------