

**SOLICITO:** (Marcar sólo un Procedimiento Administrativo del TUPA INEN aprobado con D.S. N° 008-2009-SA)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Acceso a la Información Pública, (marcar una modalidad)<br>Fotocopia <input type="checkbox"/> En CD <input type="checkbox"/> En Disquete <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4. Constancia de Atención (gratuito)   |
| <input type="checkbox"/> 2. Certificado de Discapacidad (gratuito)  | <input type="checkbox"/> 5. Copia de Historia Clínica o Epicrisis<br>Autenticada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. Certificado Médico para el otorgamiento de pensión de invalidez   | <input type="checkbox"/> 6. Informe Médico  |

**COMPROBANTE DE PAGO N° :** \_\_\_\_\_ Fecha de Pago: \_\_\_\_\_  
(excepto en casos de procedimientos gratuitos)

**DATOS, SOLO DEL PACIENTE** (para Procedimientos números: 2 al 6 )

D.N.I. o  Carnet de Extranjería N° \_\_\_\_\_ Historia Clínica N°: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Departamento o Especialidad Médica (según corresponda): \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA SOLICITUD** (clara y breve, si requiere más espacio escribir al reverso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información aquí consignada es considerada una DECLARACION JURADA, sujeta a responsabilidad de ley en caso de detectarse la falsedad de lo declarado. El trámite es personal; de no ser esto posible, podrá iniciarlo el/la Esposo/a, Padres, Hijo/a ó Representante legal con Carta Poder, que deben identificarse con D.N.I. o Carnet de Extranjería. En caso de cita para evaluación médica, debe venir el Paciente con DNI original y acudir al Consultorio N° 40. Avisar 2 días hábiles antes si no puede venir a la cita de evaluación médica (Procedimientos 4 y 5). La entrega del Certificado de Discapacidad es el mismo día de la evaluación médica. Toda persona tiene acceso a información pública. La información clínica del paciente es reservada (Ley 26842 – Ley General de Salud Art. 15 y 25) Para información y avisos llamar a Trámite Documentario Teléfono: 710-6900, Anexo 1108, de Lunes a Viernes de 11:00 a 16:00 y Sábado de 08:00 a 11:30.

**DATOS DEL SOLICITANTE:** Surquillo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201...

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI o Carnet de Extranjería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**CARGO DE SOLICITUD N°**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Acceso a la Información Pública<br>En Fotocopia: <input type="checkbox"/> En CD: <input type="checkbox"/> En Disquete: <input type="checkbox"/> Correo electrónico: <input type="checkbox"/> | Fecha: _____ Hora: _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. Certificado de Discapacidad (gratuito)   | Recibido por: _____      |
| <input type="checkbox"/> 3. Certificado Médico para otorgamiento de pensión de invalidez   | _____                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Constancia de Atención (gratuito)  |                          |
| <input type="checkbox"/> 5. Copia de Historia Clínica o Epicrisis, Autenticada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | Sello y Firma            |
| <input type="checkbox"/> 6. Informe Médico   |                          |