



# SOLICITUD N°

FORMULARIO TUPA N°001- SOLICITUD – PAG. 1 DE 1

**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  | <input type="checkbox"/> 4. Constancia de Atención                  |
| Fotocopia <input type="checkbox"/> En CD <input type="checkbox"/> En Disquete <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5. Copia de Historia Clínica o Epicrisis   |
| <input type="checkbox"/> 2. Certificado de Discapacidad (gratuito)   | 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 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

Toda persona tiene acceso a información **pública**. Sólo se aceptará el recojo de lo solicitado dentro los 30 días después de la recepción de la solicitud – Artículo 191º de la Ley 27444.

La información clínica del paciente es **reservada** (Ley 26842– Ley General de Salud Art. 15 y 25)

Para recoger y solicitar información llamar a la **Unidad Funcional de Trámite Documentario (UFTD) de la Secretaría General. Teléfono: 2016-500. Anexo 1108 - 1223. de Lunes a Viernes de 08:15 am. a 04:15 pm. y Sábados 08:00 am. a 01:00 pm.**

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

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

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

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

Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

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

## CARGO DE SOLICITUD N°

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

Toda persona tiene acceso a información pública.

Sólo se aceptará el recojo de lo solicitado dentro los 30 días después de la recepción de la solicitud – Artículo 191º de la Ley 27444.

La información clínica del paciente es reservada (Ley 26842– Ley General de Salud Art. 15 y 25)

Para recoger y solicitar información llamar a la **Unidad Funcional de Trámite Documentario (UFTD) de la Secretaría General. Teléfono: 2016-500. Anexo 1108 - 1223. de Lunes a Viernes de 08:15 am. a 04:15 pm. y Sábados 08:00 am. a 01:00 pm.**

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

Sello y Firma

<b>CARGO DE ENTREGA</b>	
<b>RECIBI CONFORME</b>	
NOMBRE:	
DNI:	
FECHA:	
HORA:	
FIRMA:	