



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2

SOLICITUD N° _____

SOLICITO (Marcar) solo un Procedimiento Administrativo del TUPA)

- 1. Acceso a la Información Publica (Marcar una modalidad)
 Fotocopia En CD Correo Electrónico
- 2. Certificado Medico
- 3. Certificado de Discapacidad
- 4. Certificado de Incapacidad

- 5.- Copia de Historia Clínica
 Autentica SI NO
- 6.- Informe Medico
- 7.-Copia de Carnet de vacunas
- 8.Otros

COMPROBANTE DE PAGO N° _____

FECHA DE PAGO: ___/___/___

DATOS SOLO DEL PACIENTE (Para Procedimiento) números 2 al 6)

DNI Carnet de Extranjería N° _____ Historia Clínica N° _____

Nombres y Apellidos _____

Domicilio _____

Departamento/Especialidad/Servicio (Según corresponde) _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD (clara, 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 los declarados. 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 DNI o Carnet de Extranjería en caso de cita para evaluación médica debe venir el paciente con DNI original y acudir al consultorio. Avisar 2 días hábiles antes si no puede venir a la cita de evaluación médica (procedimiento 4 y 5). La entrega del Certificado de Discapacidad es después de la evaluación médica. Toda persona tiene acceso a información pública. La información Clínica del paciente es reservada (Ley26842)-Ley General de Salud Art.15 y 25) Para información y avisos llamar a Tramite Documentario Teléfono: 073600013 anexo 236, de lunes a viernes de 09:00 a 16:00

DATOS DEL SOLICITANTE Ventiseis de Octubre ___ de ___ 20___

Nombres y apellidos: _____

Parentesco : _____

DNI o carnet de Extranjeria: _____

Telefono: _____

Correo Electronico: _____

Firma _____



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2

CARGO DE SOLICITUD N°: _____

Nombres y Apellidos: _____ FECHA veintiseis de Octubre ___/___/___

- Acceso a la Información Publica (Marcar una modalidad)
 En Fotocopia En CD Correo Electrónico
- Certificado de Discapacidad
- Certificado Medico
- Certificado de Incapacidad
- Copia de H.Clínica o Epicrisis.
 Autentica SI NO
- Informe Medico
- Copia de Carnet de Vacunas
- Otros

FECHA: _____ HORA _____

RECIBIDO:

