Villa Maria del Triunfo, …………………………..………………………

**DIRECTOR (A) DEL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE**

SOLICITO………………………………………………..

………………………………………………. YO………………………………………………………………………………………………………………….. CON NÚMERO DE DNI…………………………………..CON DOMICILIO EN…………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

ANTE USTED CON EL DEBIDO RESPETO:

SOLICITO………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………. CON MOTIVO………………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

A LA ESPERA DE SU APOYO, GRACIAS.

TELÉFONO………………………………………………….

Asimismo; autorizo al Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente que la entrega de mi información se realice por correo electrónico.

CORREO ELECTRÓNICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS: DNI:

**TIPOS DE REQUERIMIENTOS, REQUISITOS, PLAZOS DE ATENCIÓN Y TIPOS DE ENTREGA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICADO LEY 30012** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI de paciente 3. Copia de DNI de familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) 5. De no contar con copia del documento legal deberá   presentar una declaración jurada. |
| **Plazo de**  **atención** | De 2 a 3 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del documento de forma  física en la ventanilla de mesa de partes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSTANCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar que solicita constancia y que debe figurar como cuidador principal del paciente ante el Hospital |
| **Plazo de**  **atención** | 5 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del documento de forma física en la  ventanilla de mesa de partes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSTANCIA DE NACIDO VIVO** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Madre de recién nacido | 1. Solicitud 2. Copia de DNI 3. Copia de denuncia policial |
| Familiar de madre de recién nacido | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de denuncia policial 5. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización del paciente |
| **Plazo de**  **atención** | Lo coordinara directamente el área de Obstetricia |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento se hará de manera física en el  servicio de Obstetricia. |

|  |  |
| --- | --- |
| **COPIA DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI de paciente 3. Copia de DNI de familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) 5. De no contar con copia del documento legal deberá   presentar una declaración jurada. |
| **Plazo de**  **atención** | De 10 a 12 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del documento de forma  física en la ventanilla de mesa de partes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DUPLICADO TARJETA DE VACUNACIÓN** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI de paciente 3. Copia de DNI de madre o padre |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente |
| **Plazo de atención** | El área de Enfermería del Policlínico Barton coordinara con  paciente. |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento se hará de manera física en  Policlínico Kaelin. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRÓTESIS** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI 3. Copia de estudios o exámenes previos |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente3. Copia del DNI del familiar 3. Copia de estudios o exámenes previos de paciente 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente |
| **Plazo de atención** | La solicitud es derivada a secretaria de Dirección, quien  elabora una carta dirigida a Red Asistencial Rebagliati con copia de solicitud de paciente. |
| **Tipo de entrega** | El Complejo Hospitalario no realiza entrega de las prótesis, lo realiza la Red Asistencial Rebagliati. Lo que el Complejo Hospitalario hace es enviarle a paciente el cargo de la carta enviada a EsSalud con el número de tramite (NITT) y así pueda  hacer seguimiento en EsSalud. |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESULTADOS DE LABORATORIO E IMÁGENES** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente 5. De no contar con copia del documento legal deberá presentar   una declaración jurada. |
| **Plazo de**  **atención** | De 7 a 10 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del  documento de forma física en la ventanilla de mesa de partes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **TACOS Y LAMINAS** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente 5. De no contar con copia del documento legal deberá   presentar una declaración jurada. |
| **Plazo de**  **atención** | Lo gestiona el área de Laboratorio con el paciente. |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento debe ser recogida en el área de  Laboratorio del Hospital. |

|  |  |
| --- | --- |
| **HISTORIA CLÍNICA** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente |
| Terceros | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del solicitante 4. Carta poder simple de autorización, cuando el paciente tenga capacidad de ejercicio. notarial con la autorización del paciente |
| Pacientes fallecidos  (Únicamente pueden solicitar el cónyuge, hijos, padres o hermanos) | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del familiar 3. Copia del acta de defunción (original o copia legalizada) 4. Copia del acta de matrimonio/nacimiento (en caso sea cónyuge o hijos, padres o hermanos, respectivamente) o copia de la sucesión intestada donde se evidencie que el solicitante es heredero legal. (original o copia legalizada)5. En los casos de conviviente, será necesario presentar la copia de resolución judicial o inscripción en SUNARP de unión de hecho. |
| **Plazo de**  **atención** | De 7 a 10 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega de la historia clínica por medio de un CD en la ventanilla de mesa de partes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORME MÉDICO** | |
| **Tipo de**  **solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud 2. Copia de DNI |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) o carta poder simple de autorización de familiar del paciente |
| Terceros | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del solicitante 4. Carta poder simple de autorización, cuando el paciente tenga capacidad de ejercicio. notarial con la autorización del paciente |
| Pacientes fallecidos  (Únicamente pueden solicitar el cónyuge, hijos, padres o hermanos) | 1. Solicitud 2. Copia del DNI del familiar 3. Copia del acta de defunción (original o copia legalizada) 4. Copia del acta de matrimonio/nacimiento (en caso sea cónyuge o hijos, padres o hermanos, respectivamente) o copia de la sucesión intestada donde se evidencie que el solicitante es heredero legal. (original o copia legalizada) 5. En los casos de conviviente, será necesario presentar la copia de   resolución judicial o inscripción en SUNARP de unión de hecho. |
| **Plazo de**  **atención** | 15 días hábiles (Tiempo referencial) |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud. De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del documento de  forma física en la ventanilla de mesa de partes. |