Villa Maria del Triunfo ……de……del 20……

Señor
Director del Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente

Solicito:
(Solo marcar una opción, de requerir otro requerimiento, deberá pedir una nueva solicitud en Informes)

- ☐ **Copia de certificado de defunción**
- ☐ **Constancia de nacido vivo**
- ☐ **Historia clínica, especificar años:** ……
- ☐ **Informe de imágenes**
- ☐ **Prótesis de audífonos**
- ☐ **Tacos y láminas**
  Indicar N° Informe / Caso (Se ubica dentro del informe de resultado)
  Indicar tipo de estudio y fecha de realización
- ☐ **Segunda opinión médica**
- ☐ **Certificado Ley 30012**
- ☐ **Duplicado de tarjeta de vacunación**
- ☐ **Informe médico, indicar especialidad:** ……
- ☐ **Imágenes en CD**
- ☐ **Resultados de laboratorio**
- ☐ **Otros**

Yo: ……

con número de DNI …… con domicilio en ……

……

Ante usted con el debido respeto:

Solicito: ……

……

Con motivo: ……

FIRMA: ……

NOMBRES Y APELLIDOS: ……

DNI: ……

TELÉFONO CELULAR Y/O FIJO: ……

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

CORREO ELECTRÓNICO:

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

CERTIFICADO LEY N°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. En caso el paciente este inconsciente se deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o partida de matrimonio) 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 colocó 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 ATENCION DOMICILIARIA

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Familiar paciente	1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar que solicita constancia y debe figurar como cuidador del paciente ante el hospital
Plazo de atención	5 días hábiles (tiempo referencial)
Tipo de entrega	La respuesta al requerimientos será enviada al correo electrónico que el paciente / solicitante colocó 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 de madre de recién nacido. 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de denuncia policial 5. Carta poder simple con autorización de madre de recién nacido
Plazo de atención	Lo coordinara directamente el área de Obstetricia
Tipo de entrega	La respuesta al requerimientos se hará de manera física en el servicio de Obstetricia.

HISTORIA CLÍNICA

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI
Familiar de paciente	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente cuando se encuentre consciente, en caso no sea así, deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o acta de matrimonio) 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del familiar 5. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
Terceros	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del solicitante 5. En caso el paciente este inconsciente se deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o partida de matrimonio) 6. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
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. 6. Declaración jurada
Financiadoras (IAFAS) o Compañías de Seguro	1. Documento en el que se sustente la finalidad de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría en la atención prestada al paciente. 2. En caso de no contar con dicho sustento, tendrá que venir acompañado de una autorización del paciente o documento en el que el paciente delega esta potestad a la IAFAS.
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 colocó 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.

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 colocó 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 DE TARJETA DE VACUNACIÓN

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Madre de paciente	1. Solicitud 2. Copia del DNI del paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada
Plazo de atención	El área de Enfermería del Policlínico Barton coordinara con familiar de paciente.
Tipo de entrega	La respuesta al requerimientos se hará de manera física en Policlínico Barton.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI
Familiar de paciente	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente o autorización (Formato SOP-PCO-GAD-FO-04) para la entrega de información médica cuando se encuentre consciente, en caso no sea así, deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o acta de matrimonio) 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del familiar 5. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) 6. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
Plazo de atención	72 horas (tiempo referencial)
Tipo de entrega	La respuesta al requerimientos se hará de manera física en mesa de partes.

INFORME MÉDICO

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI
Familiar de paciente	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente cuando se encuentre consciente, en caso no sea así, deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o acta de matrimonio) 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del familiar 5. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
Terceros	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del solicitante 5. En caso el paciente este inconsciente se deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o partida de matrimonio) 6. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
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 colocó 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.

RESULTADOS DE LABORATORIO E IMAGENES

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI
Familiar de paciente	1. Solicitud 2. Carta poder simple de paciente cuando se encuentre consciente, en caso no sea así, deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o acta de matrimonio) 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del familiar 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 colocó 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. Carta poder simple de paciente cuando se encuentre consciente, en caso no sea así, deberá presentar copia de documento que acredite vinculo legal (Partida de nacimiento o acta de matrimonio) 3. Copia del DNI del paciente 4. Copia del DNI del familiar 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.

PROTESIS

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 paciente 3. Copia del DNI del familiar 4. Copia de estudios o exámenes previos de paciente 5. 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 enviada a Secretaría de Dirección, quien elabora una carta dirigida a Red Asistencial Rebagliati con copia de solicitud del 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 enviar le a paciente el cargo de la carta enviada a Essalud con el número de trámite (NITT) y así pueda hacer seguimiento en Essalud