



**SOLICITUD PARA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS, CONSTANCIAS, INFORMES O
DICTAMEN, EN LAS DEPENDENCIAS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD**



Trujillo, de de 20.....

Señor Director de la Institución:

Solicita: (Escribir el código del Procedimiento ubicado al reverso)

☐

Instituto

☐

Hospital

☐

Red de Salud

Datos del solicitante:

Nombres y Apellidos:

DNI.N° ó Carné de Extranjería:

Teléfono y/o Celular:

Dirección (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito

Provincia

Datos del Paciente:

Nombres y Apellidos:

D.N.I.N°:

Que habiendo sido atendido en: (Marcar con **X** la opción seleccionada)

☐

Consulta Externa

Consultorio:

Fecha:

Historia clínica N°:

☐

Emergencia

Consultorio:

Fecha:

Historia clínica N°:

☐

Hospitalización

Servicio:

Ingreso:

Alta:

Historia clínica N°:

☐

Sala de Operaciones

Servicio:

Ingreso:

Alta:

Historia clínica N°:

Exposición de motivos de lo solicitado: (Sustentar lo solicitado)

Solicitante:

Trámite Documentario: (Indicar fecha, hora y sello de recepción)

Firma del Solicitante

Número de Registro del Documento

Número de Registro del Expediente

GRS-FORM N° 001

"Creciendo Juntos en Libertad"

Dirección: Calle las esmeraldas N°403-Urb. Sta Inés, Telefonos 231515-206474-222201

www.regionlalibertad.gob.pe

| Cuadro N°1: Listado de Procedimientos Administrativos con sus Códigos y Requisitos numerados | | | |
|--|-----|---|--------------------------------------|
| Código | (X) | Descripción de Procedimientos de la Sub Gerencia de Cuidado Integral de la Salud | N°de Requisitos: (Ver cuadro N°2) |
| | | Procedimientos Generales (Institutos, Hospitales y Redes de Salud) (Marque con X el procedimiento) | |
| P88-1 | | Certificado de Salud | 1, 3, 4, 5 |
| P88-2 | | Constancia de Atención | 1, 5 |
| P88-3 | | Informe Médico, Psicológico u Odontológico | 1, 5 |
| | | Exclusivo para hospitales: | |
| P88-4 | | Certificado de Discapacidad (sólo HBT) | 1, 2, 5 |
| P88-5 | | Certificado Médico de Incapacidad para otorgamiento de pensión de invalidez (sólo HBT) | 1, 5 |
| P88-6 | | Certificado de Salud Mental (HBT y HRDT) | 1, 3, 4, 5 |
| | | Exclusivo para Institutos: | |
| P88-7 | | Dictamen del Grado de Incapacidad (sólo IRO) | 1, 5 |
| P88-8 | | Informe Médico (IRO e IREN) | 1, 5 |

Cuadro N°2: Listado de Requisitos para atención de los Procedimientos Administrativos

| Número | (X) | Detalle de Requisitos Obligatorios de los procedimientos: (Marque con X los requisitos adjuntos según cuadro N° 1) |
|--------|-----|---|
| 1 | | Fotocopia del D.N.I. del paciente o padre / apoderado si es menor de edad. |
| 2 | | Haber pasado previamente la consulta con los profesionanes correspondientes. |
| 3 | | Especie Valorada. |
| 4 | | Resultados de Exámenes Auxiliares y otros (Excepto IRO e IREN) |
| 5 | | Pago del derecho de tramitación. |