

2019

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS TUPA - HNHU

En aplicación del Decreto Supremo N° 001-2016-SA y la Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA, del TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL MINSA

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



Elaborado por:

Oficina de Planeamiento Estratégico del
Hospital Nacional Hipólito Unanue



RUBRO	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORACIÓN	Unidad de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico		
REVISIÓN	Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico		
APROBADO	Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue		



CONTENIDO

CONTENIDO	3
SIGLAS Y DEFINICIONES	4
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO II. OBJETIVO DEL MANUAL	5
CAPÍTULO III. ALCANCE DEL MANUAL	6
CAPÍTULO IV. BASE LEGAL.....	6
CAPÍTULO V. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	6
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE SALUD	10
ANEXOS	12
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO.....	12
FORMATO DE TICKET INDICADOR	13
FORMATO DE LA FICHA MÉDICA	14
FORMATO DEL CERTIFICADO DE SALUD	15
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL INFORME MÉDICO, PSICOLÓGICO Ú ODONTOLÓGICO	17
ANEXOS	18
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO.....	18
FORMATO DEL INFORME MÉDICO	19
FORMATO DEL INFORME PSICOLÓGICO.....	20
FORMATO DEL INFORME ODONTOLÓGICO	21
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	23
ANEXOS	25
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO.....	25
FORMATO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.....	26
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO DE INCAPACIDAD PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIÓN DE INVALIDEZ.....	29
ANEXOS	31
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO.....	31
FORMATOS DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD.....	32
FORMATOS DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	33
FORMATOS DE INFORME DE EVALUACION MÉDICA DE INCAPACIDAD	34
FORMATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO	36
PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACION DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA QUE PRODUZCA O POSEA EL HNHU.....	38
ANEXOS	39
FORMATOS DE LA SOLICITUD DE TRANSPARENCIA.....	39





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 4 de 40

SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLAS	DEFINICIÓN
TUPA	Texto Único de Procedimientos Administrativos.
TUO	Texto Único Ordinario
P.A.	Procedimiento Administrativo.
C.S.	Certificado de Salud.
I.M.P.O.	Informe Médico, Psicológico ú Odontológico.
C.D.	Certificado de Discapacidad.
C.M.C.I.	Comisión Médica Calificadora de Invalidez.
STD	Sistema de Trámite Documentario



CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En el marco del proceso de modernización y descentralización del Estado liderado por la Presidencia del Consejo de Ministros, en los últimos años se han dado avances en el desarrollo de un marco regulatorio para la simplificación administrativa, a fin de propiciar un proceso de cambio en la calidad de servicio que brindan las entidades del Estado a la ciudadanía.

Este proceso de cambio pasa por que cada una de las entidades del Estado cuente con instrumentos que brinden información clara y veraz a los ciudadanos sobre los distintos procedimientos y servicios bajo su responsabilidad. De esta forma, se busca que los ciudadanos tengan certeza sobre qué servicio le brinda efectivamente determinada entidad y lo que le cuesta a ésta proveérselo.

De conformidad al artículo 39° del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, que establece la legalidad de los procedimientos y el artículo 42, que dispone que todas las entidades deben elaborar y aprobar el contenido de su Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA). El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector, mediante Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA, aprobó la modificación de su Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificatorias.

Es por ello que, ante la obligación legal de toda entidad del Estado de contar con un TUPA, se ha elaborado el **Manual del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Nacional Hipólito Unanue**, que contiene los procedimientos administrativos establecidos para los hospitales, documento que pretende que los ciudadanos cuenten con la información necesaria sobre los trámites que desean realizar: **el plazo, costos, requisitos y unidad que resuelve el trámite**, obligando a la Entidad, a ordenar el conjunto de trámites administrativos que brinda, así como a los funcionarios y servidores civiles a atender de manera razonable e imparcial a los usuarios que acuden por un servicio público eficiente y transparente.

El Manual del Texto Único de Procedimientos Administrativos del HNHU, como documento técnico normativo de gestión, contiene los procedimientos administrativos que brinda a la ciudadanía, y tiene por objetivo orientar con claridad sobre qué cosas deben hacer los usuarios para realizar su trámite ante el Hospital.

El proceso de formulación o actualización del Manual del Texto Único de Procedimientos Administrativos del HNHU tiene por finalidad brindar **información completa y transparente a los ciudadanos sobre los procedimientos y servicios** que efectivamente presta el Hospital.

CAPÍTULO II. OBJETIVO DEL MANUAL

El presente Manual, como documento técnico normativo de gestión institucional, tiene como objetivos:



• Ordenar y consolidar la información de los procedimientos administrativos que la Entidad brinda a los ciudadanos.

• Habilitar al Hospital para tramitar los procedimientos administrativos y cubrir los costos que ello conlleva.

- Ordenar y racionalizar los requisitos que se solicitan para los procedimientos.
- Dar a conocer los plazos legales de atención de los procedimientos.
- Definir las autoridades que resuelven las solicitudes de los ciudadanos.
- Reducir cualquier acto de corrupción al interior de la entidad, al establecerse la obligación de publicar los trámites que se ofrecen a la ciudadanía.



CAPÍTULO III. ALCANCE DEL MANUAL

El presente Manual del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, es de cumplimiento obligatorio de todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital de los procesos involucrados.

CAPÍTULO IV. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1310, se aprobó las medidas adicionales de Simplificación Administrativa.
- Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, se aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Supremo N° 075-2017-PCM, se aprueba el Reglamento para la aplicación del Análisis de Calidad Regulatoria de Procedimientos Administrativos establecido en el Artículo N° 2° del Decreto Legislativo N° 1310.
- Decreto Supremo N° 001-2016-SA, se aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos –TUPA del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 041-2018-PCM, que aprueba la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 196-2017-PCM, que aprueba el Manual para la aplicación del Análisis de Calidad Regulatoria ACR.
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, aprueba la Directiva N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”

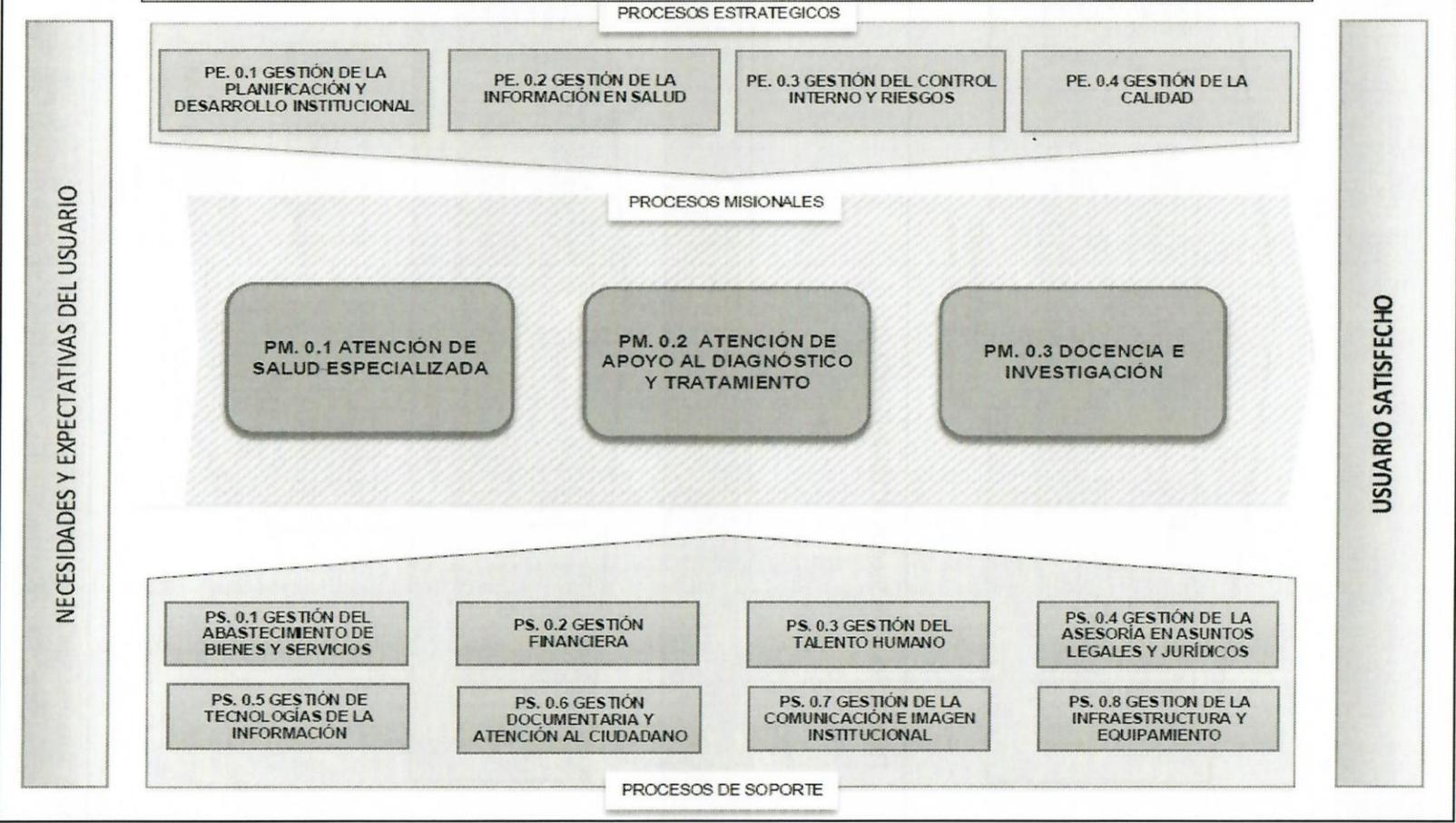
CAPÍTULO V. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

PROCESOS NIVEL 0	PROCESOS NIVEL 1	PROCESOS NIVEL 2	PROCESOS NIVEL 3	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
Proceso de Soporte	Gestión documentaria y atención al ciudadano	Administración del sistema de trámite documentario y atención al ciudadano	Atención al Ciudadano	Elaboración del Certificado de Salud	PS.0.6.1.1.1
				Elaboración del Informe Médico, Psicológico u Odontológico	PS.0.6.1.1.2
				Elaboración del Certificado de Discapacidad.	PS.0.6.1.1.3
				Elaboración del Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.	PS.0.6.1.1.4
	Transparencia y acceso a la información	Acceso a la información	Elaboración de la información pública que produzca o posea el Hospital	PS.0.6.3.1.1	





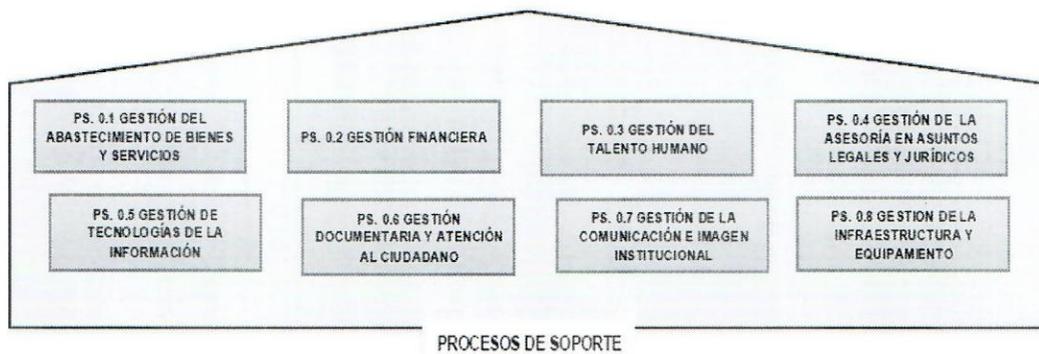
MAPA DE PROCESO DE HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE NIVEL 0



FUENTE: Resolución Directoral N° 064-2019-HNHU-DG

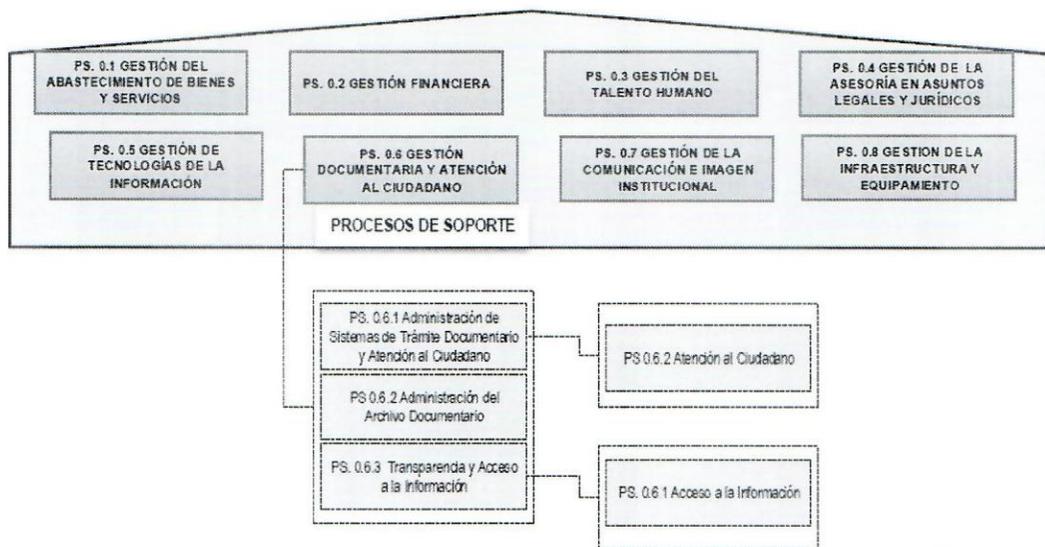


PROCESO MISIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE NIVEL 0



FUENTE: Resolución Directoral N° 064-2019-HNHU-DG

PROCESO MISIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE NIVEL 2



FUENTE: Unidad de Organización- Oficina de Planeamiento Estratégico





PERÚ

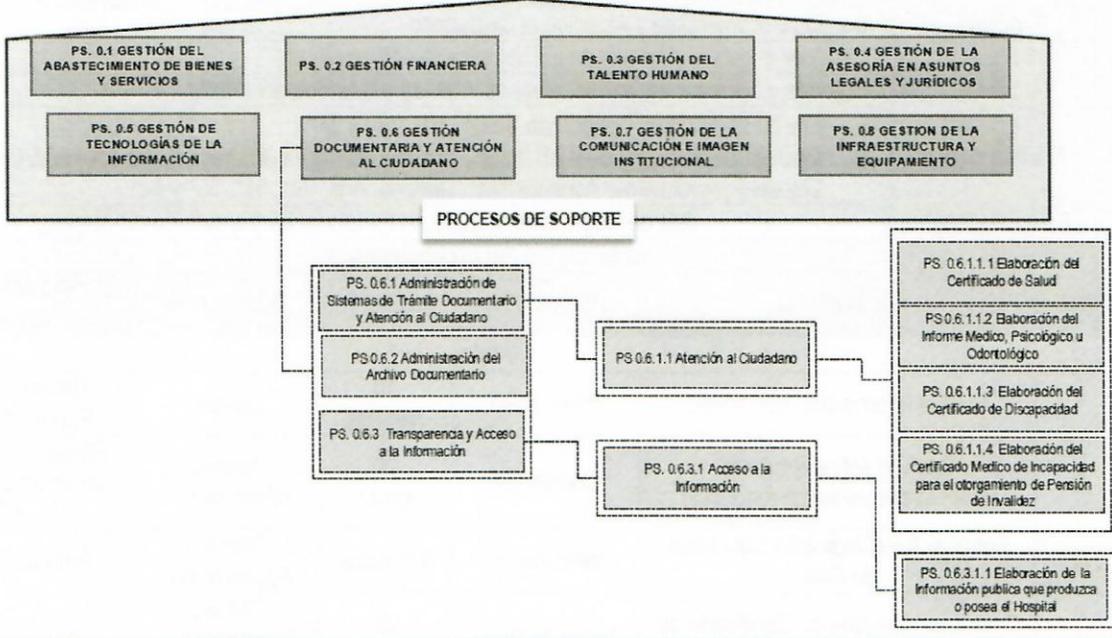
Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:
Versión:
Página: Página 9 de 40

PROCESO MISIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE NIVEL 3



FUENTE: Unidad de Organización-Oficina de Planeamiento Estratégico



PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE SALUD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre del Procedimiento					Código
Elaboración del Certificado de Salud					PS. 0.6.1.1.1
Proceso	Gestión Documentaria y Atención al Ciudadano				
Objeto	Certificar el estado de salud de los usuarios que lo requieran				
Alcance	Órganos y unidades orgánicas/usuarios internos y externos del HNHU				
Marco Legal	<ul style="list-style-type: none"> Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13° y 24°. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Arts. 39°, 51°, 56° y 62°. 				
Responsable	Jefe de Departamento (Unidad Funcional de Consultorios Externos)				
Descripción del procedimiento					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO/UNIDAD ORGÁNICA
Inicio					
1	Solicita Información del trámite	Información	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
2	Orientar sobre el trámite administrativo e indica requisitos.	Orientación	20 minutos	Técnico Administrativo	Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS
3	Entregar ticket Indicador para pago en Caja	Indicadores	5 minutos	Técnico Administrativo	Área de certificados
4	Cobrar por derecho de Certificado de Salud	Ticket de Pago	20 minutos	Técnico Administrativo / Cajero	Área de Tesorería
5	Entregar Formato de Ficha médica	Formato de Ficha médica	20 minutos	Técnico Administrativo	Área de certificados
6	Entregar Orden de Examen Clínico, Radiológico y Serológico	Orden de Exámenes	10 minutos	Técnico Administrativo	Área de certificados
7	Evaluar al Usuario y realizar el llenado de ficha médica con sello y firma	Exámenes Médicos y auxiliares	30 minutos	Médico Especialista	Consultorios Externos / apoyo al diagnóstico
8	Revisar el llenado de ficha médica y los requisitos de la solicitud	Revisa ficha médica y requisitos	30 minutos	Técnico (a) Administrativo	Área de certificados
9	Registra la solicitud del Certificado de Salud en el sistema de trámite documentario	Registro de Certificado de Salud	10 minutos	Técnico (a) Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
10	Realiza el llenado del certificado médico	Certificado de Salud elaborado	30 minutos	Técnico (a) Administrativo	Área de certificados
11	Sellar y firmar el Certificado de Salud	Sello y firma al certificado	20 minutos	Responsable de la Unidad	Unidad de consultorios externos
12	Registra el certificado de Salud sellado y firmado para su entrega	Recepción de Certificado de Salud	20 minutos	Técnico (a). Administrativo	Área de certificados
13	Entregar el certificado de salud con firma en acta de entrega	Entrega Certificado de Salud	10 minutos	Técnico (a) Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
14	Recibir y firmar cargo de entrega del certificado de salud	Certificado de salud recibido	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
Fin					
Otros:					
REGISTROS :					



ANEXOS : 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitud estandarizado • Formato de ficha médica • Formato de certificado de salud • Flujograma
--	--



ANEXOS
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 	SOLICITUD N° UTD:
<i>*(Información que será llenada por el usuario Titular)</i>	
<input type="checkbox"/> Certificado de Salud.	
<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Informe Psicológico <input type="checkbox"/> Informe Odontológico.	
<input type="checkbox"/> Certificado de Discapacidad.	
<input type="checkbox"/> Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.	
COMPROBANTE DE PAGO N° _____ Fecha de Pago: _____	
DATOS DEL PACIENTE: (Usuario Titular)	
DNI <input type="checkbox"/> ó Carnet de Extranjería <input type="checkbox"/> N° _____ Historia Clínica N° _____	
Nombres y Apellidos: _____	
Domicilio: _____	
Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____	
MOTIVO DE LA SOLICITUD: (Clara y breve, si falta espacio puede escribir al reverso.)	
_____ _____	
Firma	_____
<i>** (Información que podrá ser llenada por el familiar directo o Representante legal del usuario Titular)</i>	
La información aquí consignada es considerada una DECLARACIÓN 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, Hijo/a o Representante Legal con Carta Poder, que deben identificarse con DNI o Carnet de Extranjería. En caso de cita para evaluación médica , el paciente debe venir con DNI original. Para información y avisos llamar a Trámite Documentario: Teléfonos: 362-777 Anexo 2215	DATOS DEL SOLICITANTE: El Agustino ___ de ___ del 201__ Nombres y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI ó Carnet de Extranjería: _____ Teléfonos: _____ Dirección Electrónica: _____ Firma: _____
<i>*** (Información que deberá ser llenada por el Personal de Trámite Documentario – Mesa de Partes)</i>	
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 	SOLICITUD N° UTD:
<input type="checkbox"/> 1.- Certificado de Salud <input type="checkbox"/> 2.- Informe Médico Psicológico u Odontológico <input type="checkbox"/> 3.- Certificado de Discapacidad <input type="checkbox"/> 4.- Certificado Médico de Incapacidad Para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.	Fecha: _____ Hora: _____ Recibido por: _____ _____ Sello y Firma





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 13 de 40

FORMATO DE TICKET INDICADOR

EXAMEN CLÍNICO	S/
EXAMEN MENTAL	S/
EXAMEN RADIOLOG.	S/
PAGAR EN CAJA	
CONSULT. MEDICINA	
CONSULT. PSIQUIATRIA	
LABORATORIO	(1° PISO)
RECEP. RX	(1° PISO)
REQUISITOS: (FOTOCOPIADORA)	
SOLICITUD AL DIRECTOR	(02)
FOTOS TAMAÑO CARNET	(02)



FORMATO DE LA FICHA MÉDICA



**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE**

94401

FOTO

FICHA MEDICA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO FEMENINO () MASCULINO () FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

EXAMEN CLINICO

PESO _____ PA _____ FC _____ FR _____

AR _____

ACV _____

INTEGRIDAD FISICA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

EXAMEN RADIOLOGICO

R. X: _____ APTO. ()
 _____ NO APTO ()

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
RADIOLOGO

EXAMEN SEROLOGICO

SEROLOGIA: VDRL - Positivo ()
 - Negativo ()

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
LABORATORISTA

EXAMEN SALUD MENTAL

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
PSIQUIATRA

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47510542









PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 15 de 40

FORMATO DEL CERTIFICADO DE SALUD

CERTIFICADO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EXAMEN: _____

FECHA: _____



**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE**

CERTIFICADO DE SALUD

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

EXAMEN CLINICO : _____

EXAMEN MENTAL : _____

R. X : _____

SEROLOGICO VDRL : _____

MINSA
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

FECHA: _____

CERTIFICADO VALIDO POR
90 DIAS

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

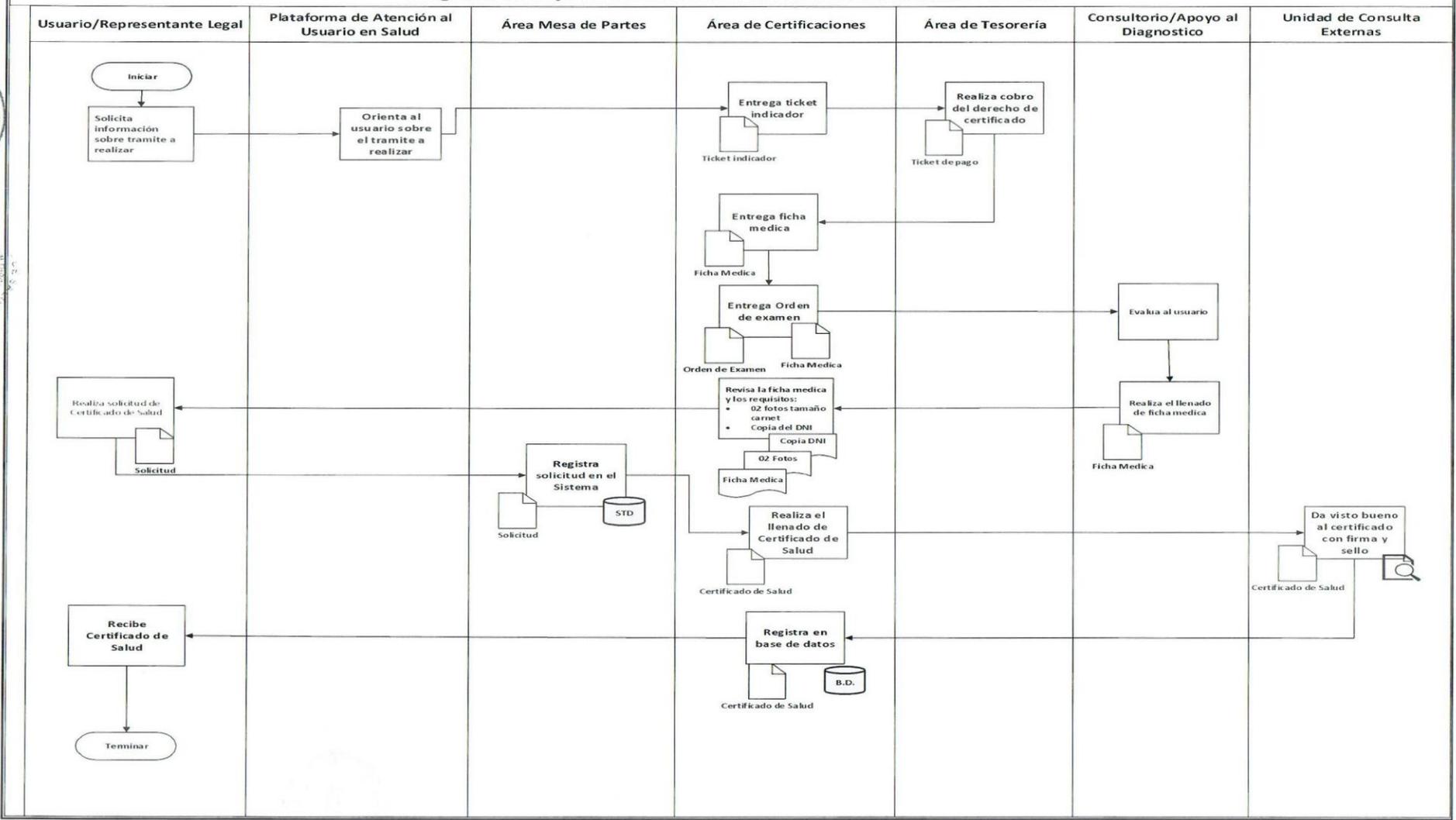
94601

FOTO





Diagrama de flujo de La elaboración del Certificado de Salud – 02 días



PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL INFORME MÉDICO, PSICOLÓGICO Ú ODONTOLÓGICO

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre del Procedimiento					Código
Elaboración del Informe Médico, Psicológico u Odontológico					PS. 0.6.1.1.2
Proceso	Gestión Documentaria y Atención al ciudadano				
Objeto	Certificar el estado de salud del usuario que lo requiera				
Alcance	Órganos y unidades orgánicas/usuarios internos y externos del HNHU				
Marco Legal	<ul style="list-style-type: none"> Ley N° 26842, Ley General de Salud. Arts. 13°, 15° y 24°. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Arts. 39°, 51°, 56° y 62° 				
Responsable	Jefe de Departamentos Asistenciales				
Descripción del procedimiento					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGANICA
Inicio					
1	Solicitar información del trámite.	Información	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
2	Orientar sobre el trámite administrativo e indica requisitos	Orientación	20 minutos	Técnico Administrativo	Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS
3	Realizar el llenado de solicitud dirigida a D.G.	Presenta Solicitud	10 minutos	Usuario solicitante / Representante legal	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
4	Realizar cobro en Caja por derecho del Informe Medico	Ticket de Pago	20 minutos	Técnico Administrativo/ Cajero	Unidad de Contabilidad y Finanzas
5	Verificar requisitos de la documentación	Verificación de datos	20 minutos	Técnico Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
6	Ubicar la historia clínica y derivar a la especialidad médica que corresponda	Historia Clínica ubicada	30 minutos	Técnico en Archivo	Oficina de Estadística é Informática
7	Derivar expediente al médico especialista que corresponde para elaborar el informe sellado y firmado	Deriva Expediente	20 minutos	Medico tratante del Departamento Médico - Quirúrgico	Departamento Médico - Quirúrgico
8	Dar visto bueno al Informe Médico con firma y sello	Sello y Firma de Visto Bueno	30 minutos	Jefe del Departamento	Departamento Asistenciales
9	Registrar el Informe Médico para ser entregado al usuario	Informe Médico	20 minutos	Técnico Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
10	Entregar el Informe Médico firmando un acta de entrega	Entrega de Informe Médico	20 minutos	Técnico Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
11	Recibe y firma cargo de entrega del informe medico	Informe médico recibido	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
Fin					
Otros:					
REGISTROS :					
ANEXOS :					
<ul style="list-style-type: none"> Formato de solicitud estandarizado Formato del informe médico Formato del informe psicológico Formato del informe odontológico Flujograma 					



ANEXOS
FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 	SOLICITUD N° UTD:
<i>*(Información que será llenada por el usuario Titular)</i>	
<input type="checkbox"/> Certificado de Salud. <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Informe Psicológico <input type="checkbox"/> Informe Odontológico. <input type="checkbox"/> Certificado de Discapacidad. <input type="checkbox"/> Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.	
COMPROBANTE DE PAGO N° _____ Fecha de Pago: _____	
DATOS DEL PACIENTE: (Usuario Titular)	
DNI <input type="checkbox"/> ó Carnet de Extranjería <input type="checkbox"/> N° _____ Historia Clínica N° _____	
Nombres y Apellidos: _____	
Domicilio: _____	
Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____	
MOTIVO DE LA SOLICITUD: (Clara y breve, si falta espacio puede escribir al reverso.) _____ _____	
Firma _____	
<i>** (Información que podrá ser llenada por el familiar directo o Representante legal del usuario Titular)</i>	
La Información aquí consignada es considerada una DECLARACIÓN 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 Espos/a, Hija/a o Representante Legal con Carta Poder, que deben identificarse con DNI o Carnet de Extranjería. En caso de cita para evaluación médica , el paciente debe venir con DNI original. Para información y avisos llamar a Trámite Documentaria: Teléfonos: 362-777 Anexo 2215	DATOS DEL SOLICITANTE: El Agustino ___ de ___ del 201__ Nombres y Apellidos: _____ Parentesco: _____ DNI ó Carnet de Extranjería: _____ Teléfonos: _____ Dirección Electrónica: _____ Firma: _____
<i>*** (Información que deberá ser llenada por el Personal de Trámite Documentaria – Mesa de Partes)</i>	
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 	SOLICITUD N° UTD:
<input type="checkbox"/> 1.- Certificado de Salud <input type="checkbox"/> 2.- Informe Médico Psicológico u Odontológico <input type="checkbox"/> 3.- Certificado de Discapacidad <input type="checkbox"/> 4.- Certificado Médico de Incapacidad Para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.	Fecha: _____ Hora: _____ Recibido por: _____ _____ Sello y Firma





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 20 de 40

FORMATO DEL INFORME PSICOLÓGICO



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE PSICOLOGÍA



INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE AFILIACIÓN:

Apellidos y nombres :
 H. C. :
 D.N.I. :
 Edad :
 Fecha de nacimiento :
 Grado de instrucción :
 Sexo :
 Lugar de nacimiento :
 Lugar de residencia :
 Informante :
 Fechas de evaluación :
 Técnicas utilizadas :
 Pruebas psicológicas :

Evaluador :
 Psicólogo encargado :
 Colegio de psicólogos :

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. ANTECEDENTES:

IV. OBSERVACIONES:

V. RESULTADOS DE LA EVALUACION PSICOLOGICA:

VI. CONCLUSIONES:

VII. SUGERENCIAS:

Psicólogo Examinador

El Agustino, de Febrero de 2019

1

www.hnhu.gob.pe / Av. César Vallejo 1390, El Agustino

Teléf. 362-7777 / 362-5700



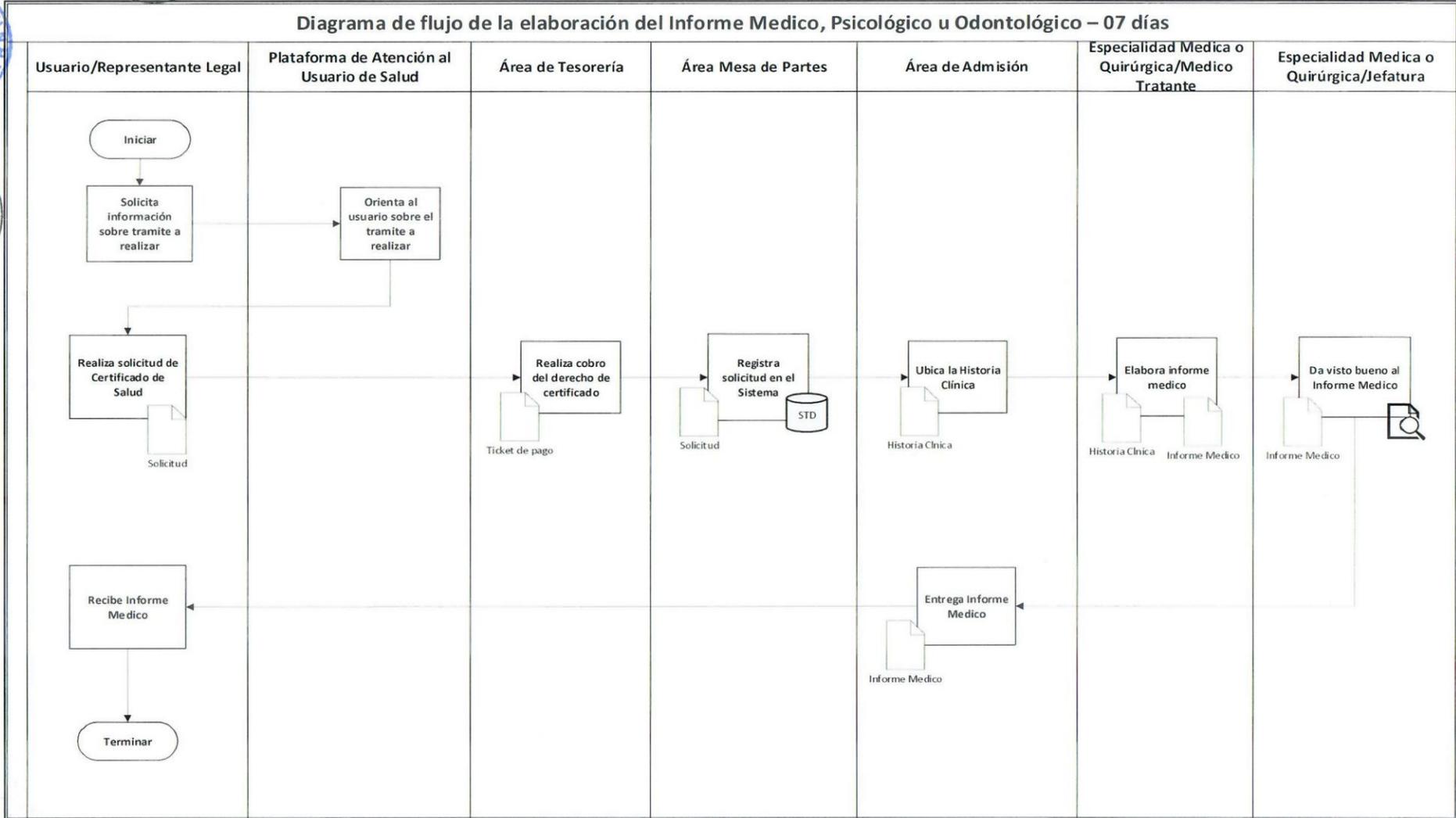
FORMATO DEL INFORME ODONTOLÓGICO

 PERÚ Ministerio de Salud	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Departamento de Odontoestomatología
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"		EXP. N°
INFORME ODONTOESTOMATOLOGICA		
Fecha:/...../.....		
Apellidos y nombres del paciente.....		
N° de Historia Clínica.....		
Edad.....		
Fecha de ingreso.....		
Tipo de atención: consulta externa () Emergencia () Hospitalización ()		
Referencia.....		
Motivo de consulta.....		
.....		
Diagnóstico:		
.....		
.....		
Tratamiento:		
.....		
.....		
Evolución:		
Fecha de alta:.....		
Observaciones:		
		Atentamente.
	 FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE





Diagrama de flujo de la elaboración del Informe Medico, Psicológico u Odontológico – 07 días



PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre del Procedimiento					Código
Elaboración del Certificado de Discapacidad.					PS. 0.6.1.1.3
Proceso	Gestión Documentaria y Atención al ciudadano				
Objeto	Expedir los certificados de discapacidad				
Alcance	Órganos y unidades orgánicas / usuarios internos y externos del HNHU				
Marco Legal	<ul style="list-style-type: none"> Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Art. 59° y 73°. Ley N° 26842, Ley General de Salud. Arts. 13°, 14° y 24°. Decreto Legislativo N° 1417, que promueve la inclusión de las Personas con Discapacidad. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Arts. 39°, 51°, 56° y 62°. Decreto Supremo N° 002-2014-MMIP, Reglamento de la Ley N° 29973. Art. 67°. Resolución Ministerial N° 981-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP para la evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad. 				
Responsable	Director Adjunto				
Descripción del procedimiento					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGANICA
Inicio					
1	Solicita Información del trámite.	Información	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante/ Representante Legal
2	Orientar sobre el trámite administrativo e indicar requisitos.	Orientación	20 minutos	Técnico (a) Administrativo	Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS
3	Entregar 1° cita a consultorio de rehabilitación.	Cita programada	2 horas	Técnico/a. Administrativo	Área de Admisión
4	Realizar búsqueda de Historia Clínica.	Historia Clínica ubicada	1 día	Técnico (a) en Archivo	Oficina de Estadística e Informática / Archivo Clínico
5	Entregar Historia Clínica al consultorio de rehabilitación	Historia Clínica entregada	20 minutos	Técnico (a) en Archivo	Oficina de Estadística e Informática / Archivo Clínico
6	Registrar Historia Clínica	Historia Clínica registrada	15 minutos	Asistente Técnico Secretarial	Dpto. de Medicina de Rehabilitación
DE LA EVALUACIÓN					
7	Revisar Historia Clínica y evaluar al paciente. Lo deriva para: estudio socioeconómico, y si requiere, evaluación de especialidad y/o exámenes auxiliares	Paciente Evaluado	30 minutos	Médico Especialista	Dpto. de Medicina de Rehabilitación / Consultorio
8	Realizar exámenes auxiliares	Exámenes auxiliares realizados	7 días	Médico Especialista / Tecnólogo Médico	Laboratorio y diagnóstico por imágenes
9	Evaluar al paciente y realizar diagnóstico del daño	Paciente evaluado y diagnosticado	30 minutos	Médico Especialista	Dpto. Especialidades Médicas o Quirúrgicas
10	Evaluar condición socioeconómica y demográfica del paciente	Informe	1 día	Asistente Social	Dpto de Servicio Social
DE LA REEVALUACION					
11	Entregar 2° cita para Consultorio de Rehabilitación y realiza paso 4, 5 y 6	Cita programada	1 día	Técnico(a) Administrativo	Área de Admisión
12	Revisar Historia Clínica y verificar si cuenta con todas las evaluaciones previas (Inicio de la	Paciente Evaluado.	20 minutos	Médico Especialista	Dpto. de Medicina de Rehabilitación /





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Hipólito UnzuéMANUAL DEL TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS
ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 24 de 40

	Calificación). Si cumple con todo, da pase a solicitud, de lo contrario vuelve al paso 8, 9 o 10 según corresponda				Consultorio
DE LA SOLICITUD					
13	Registrar la solicitud de discapacidad por usuario y derivar	Solicitud registrada y derivada	20 minutos	Técnico(a) Administrativo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
14	Registrar e incorporar formato del Certificado de Discapacidad a la solicitud (expediente)	Formato derivado	2 horas	Asistente Técnico Secretarial	Dirección General / Adjunta
15	Realizar búsqueda de Historia Clínica	Historia Clínica ubicada	1 día	Técnico(a) en Archivo	Oficina de Estadística e Informática / Archivo Clínico
16	Entregar expediente y formato del certificado de discapacidad	Expediente entregado	20 minutos	Técnico(a) en Archivo	Oficina de Estadística e Informática / Archivo Clínico
17	Registrar Historia Clínica y formato del certificado de discapacidad	Expediente registrado	15 minutos	Asistente Técnico Secretarial	Dpto. de Especialidades Médicas y Quirúrgicas
18	Llenar el certificado con el diagnóstico del daño y el diagnóstico etiológico. Firmar el certificado de discapacidad y derivar al Dpto. Medicina Física y Rehabilitación	Certificado de discapacidad con registro de diagnóstico	3 días	Médico Especialista	Dpto. de Especialidades Médicas o Quirúrgicas
DE LA CALIFICACIÓN Y CERTIFICACION					
19	Contactar con el paciente y entregar ticket para cita adicional. Cumplido el plazo indicado en el TUPA ¹ se devuelve el expediente a la Dirección Adjunta	Entrega de ticket para cita	7 días	Médico Especialista	Dpto. de Medicina de Rehabilitación
20	Registra cita adicional a consultorio de rehabilitación y deriva.	Cita registrada	2 horas	Técnico(a) Administrativo	Área de Admisión
21	Registrar la condición de discapacidad en el certificado físico y digital (vía online) Firmar certificado y colocar huella digital del paciente	Certificado de Discapacidad registrado	1 hora	Médico Especialista	Dpto. de Medicina de Rehabilitación
22	Firmar, sellar el certificado de discapacidad, registrar el certificado (STD) y remitir a la Dirección Adjunta	Certificado de Discapacidad suscrito	1 día	Jefe del Dpto. de Medicina de Rehabilitación	Dpto. de Medicina de Rehabilitación
23	Dar Visto Bueno del Certificado de Discapacidad y derivar a Mesa de Partes	Certificado de Discapacidad derivado	1 día	Director(a) Adjunto	Dirección General / Adjunta.
24	Registrar y entregar certificado de discapacidad	Certificado de Discapacidad registrado	10 minutos	Técnico(a) en Archivo	Unidad de Trámite Documentario / Mesa de Partes
25	Recibir y firmar cargo de entrega de certificado de discapacidad	Certificado de Discapacidad recibido	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
Fin					
Otros:					
REGISTROS :					
ANEXOS :			<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitud estandarizado • Formato del Certificado de Discapacidad • Flujograma 		



¹ Se contempla el plazo máximo de 18 días a partir de la presentación de la solicitud de certificado de discapacidad por parte del usuario.



ANEXOS

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

SOLICITUD N° UTD:

**(Información que será llenada por el usuario Titular)*

Certificado de Salud.
 Informe Médico Informe Psicológico Informe Odontológico.
 Certificado de Discapacidad.
 Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.

COMPROBANTE DE PAGO N° _____ Fecha de Pago: _____

DATOS DEL PACIENTE: (Usuario Titular)

DNI ó Carnet de Extranjería N° _____ Historia Clínica N° _____
 Nombres y Apellidos: _____
 Domicilio: _____
 Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: (Clara y breve, si falta espacio puede escribir al reverso.)

Firma _____

*** (Información que podrá ser llenada por el familiar directo o Representante legal del usuario Titular)*

La información aquí consignada es considerada una **DECLARACIÓN JURADA, sujeta a responsabilidad de Ley**, en caso de detectarse la falsedad de lo declarado.

El Trámite es persona; de no ser esto posible, podrá iniciarlo el/la Esposo/a, Hija/a ó Representante Legal con Carta Poder, que deben identificarse con DNI o Carnet de Extranjería.

En caso de cita para **evaluación médica**, el paciente debe venir con DNI original.

Para información y avisos llamar a **Trámite Documentario: Teléfonos: 362-777 Anexo 2215**

DATOS DEL SOLICITANTE: El Agustino ____ de ____ del 201__

Nombres y Apellidos: _____

Parentesco: _____

DNI ó Carnet de Extranjería: _____ Teléfonos: _____

Dirección Electrónica: _____

Firma: _____

*** (Información que deberá ser llenada por el Personal de Trámite Documentario – Mesa de Partes)*



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

SOLICITUD N° UTD:

1.- Certificado de Salud
 2.- Informe Médico Psicológico u Odontológico
 3.- Certificado de Discapacidad
 4.- Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.

Fecha: _____ Hora: _____
 Recibido por: _____

Sello y Firma _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 26 de 40

FORMATO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Aplicación de la Ley N° 29973

N° 0053



ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

HISTORIA CLINICA:

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, N O M B R E S

SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD																		
M	F	Años	Meses	DNI	CARNET DE EXTRANJERIA																	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE

IV. DISCAPACIDAD

De la conducta	0	Sin limitación
De la comunicación	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda.
Del cuidado personal	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayudas.
De la locomoción	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona.
De la disposición corporal	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo.
De la destreza	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiera además de un dispositivo o ayuda que la permita asistir.
De situación	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.

* Colocar el número según corresponda

V. GRAVEDAD

Sin discapacidad	0	Si el código es 0 la persona no tiene DISCAPACIDAD
Discapacidad Leve	1	Si el (los) código (s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE
Discapacidad Moderada	2 - 3	Si el (los) código (s) es 2 o 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA
Discapacidad Severa	4 - 6	Si el (los) código (s) es 4, 5 o 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA

* Colocar un aspa (X) según corresponda





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 27 de 40

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO Y/O PERSONALES

Para terapia y mantenimiento médico básico	Para asearse, vestirse y comer
Para marcha y transporte	Dependiente de otra persona
Para comunicación, información y señalización	Otros productos de apoyo

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

% Diferido

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de _____, a partir de la fecha de su expedición (expresado en meses)

LUGAR Y FECHA DE EMISION

Distrito Día Mes Año

--	--	--	--

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

N° CMP

N° RNE

--	--	--

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DE L JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

--	--	--



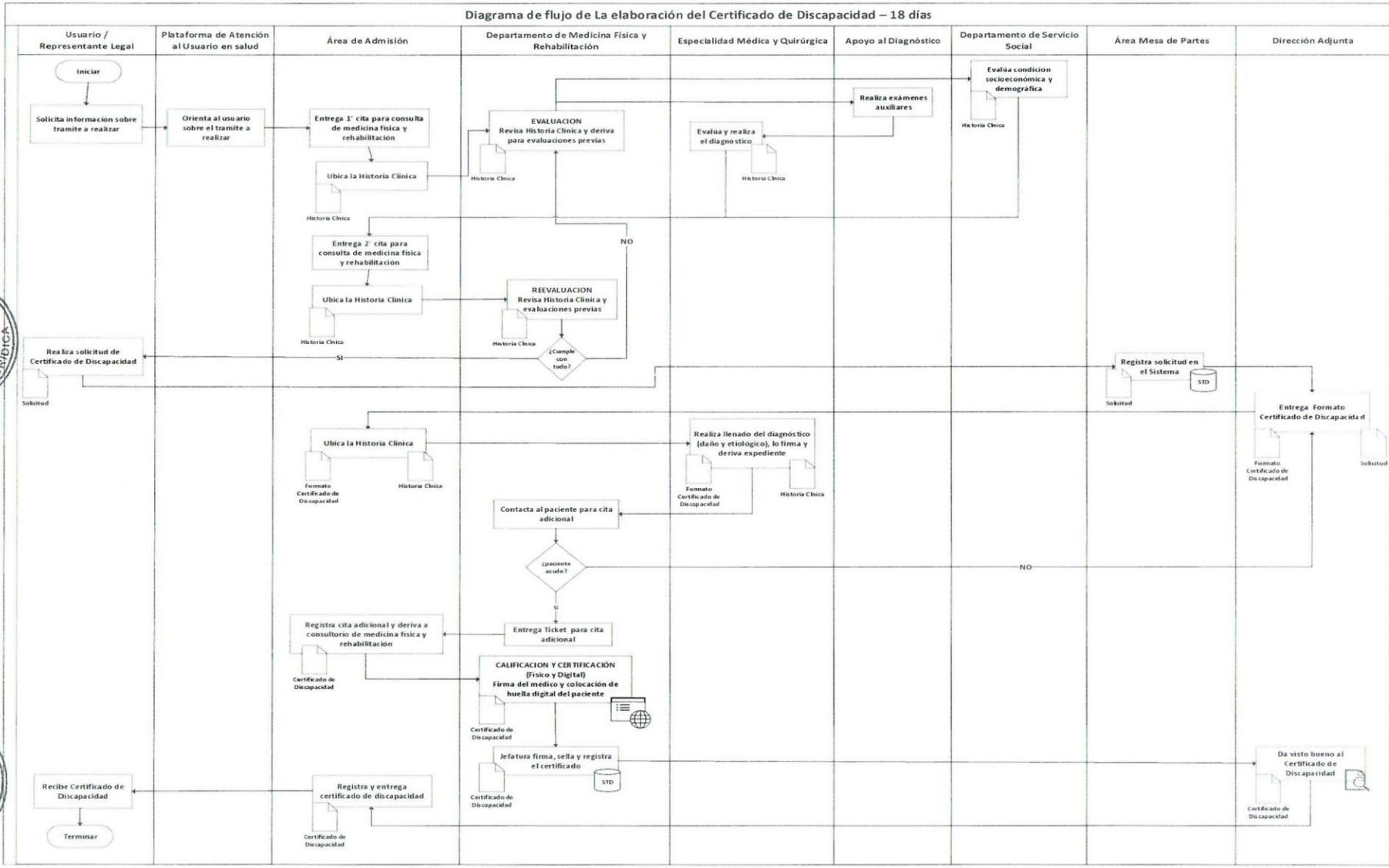
IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

SGA - 18106

47510511



Diagrama de flujo de La elaboración del Certificado de Discapacidad – 18 días








PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO DE INCAPACIDAD PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento		Código
Elaboración del Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez		PS. 0.6.1.1.4
Proceso	Gestión Documentaria y Atención al ciudadano	
Objeto	Expedir los certificados de Incapacidad para la presentación de solicitud de pensión a la Oficina Normalización de Pensiones – ONP. Previo examen de Comisión Médica.	
Alcance	Órganos y Unidades Orgánicas / Usuarios internos y externos del HNHU	
Marco Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 27023, Ley que modifica el Art. 26 de la Ley del Sistema Nacional de Pensiones, referida a la declaración de Invalidez. • Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Arts. 39, 51, 56 y 62. • Resolución Ministerial N° 478-2006/MINSA. Aplicación técnica del certificado médico requerido para el otorgamiento de pensión de invalidez. 	
Responsable	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad	

Descripción del procedimiento

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGANICA
Inicio					
1	Solicita Información del tramite	Información	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante/ Representante Legal
2	Orientar sobre el trámite administrativo e indicar requisitos y derivar a Secretaria de CMCI	Orientación al paciente	10 minutos	Técnico(a) administrativo	Plataforma de Atención al Usuario en Salud – PAUS
3	Secretaría de la CMCI da cita y verifica requisitos	Cita entregada	20 minutos	Técnico(a) administrativo	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
4	Realizar cobro en Caja por concepto de evaluación	Voucher de Pago entregado	20 minutos	Técnico(a) administrativo	Unidad de Contabilidad y Finanzas/Caja
5	Realizar búsqueda de Historia Clínica	Historia Clínica ubicada	30 minutos	Técnico(a) en Archivo	Oficina de Estadística e Informática/ Archivo
6	Evaluar al paciente (CMCI): -Derivar a especialidad en relación al diagnóstico. - Solicitar examen adicional si lo amerita	Paciente evaluado	20 minutos	Médico Especialista	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
7	Entregar cita con Médico Especialista en relación al daño: -Evaluación -Solicitud de exámenes	Exámenes auxiliares realizados	7 días	Médico Especialista/ Tecnólogo Médico	Área de Admisión
8	Realizar la reevaluación por el Médico Especialista en relación al diagnóstico con resultados de exámenes	Exámenes auxiliares realizados	30 minutos	Técnico(a) Administrativo	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
9	Programar nueva cita con la CMCI. ¿Procede o No Procede? -Si procede: Dar pase para ingreso de solicitud y se realiza el cobro	Cita programada	30 minutos	Técnico(a) Administrativo	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
	Realizar cobro por derecho de Certificación de Incapacidad	Voucher de Pago	20 minutos	Técnico(a) Administrativo - Cajero	Oficina de Contabilidad y Finanzas





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 30 de 40

11	Registrar solicitud de Certificación de Incapacidad	Solicitud registrada	20 minutos	Técnico(a) Administrativo	Trámite Documentario - Mesa de Partes
12	Registrar y derivar solicitud a CMCI	Solicitud registrada	20 minutos	Secretaria	Dirección General / Adjunta
13	Evaluar el Informe Médico de las Especialidades Médicas	Informe Médico evaluado	30 minutos	Médico Especialista	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
14	Realizar el llenado del informe de evaluación médica de calificación (Anexo 4)	Informe de evaluación médica de calificación	30 minutos	Médico Especialista	Departamentos y/o Servicios Especializados
15	Realizar el llenado del Certificado de Incapacidad (Anexo 5)	Certificado de Incapacidad	30 minutos	Médico Especialista	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
16	Realizar legalizado y fedateado de copia de certificado	Certificado de Incapacidad legalizado	(30 minutos)	Técnico(a) Administrativo	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
17	Entregar el Certificado de Incapacidad	Certificado de Incapacidad entregado	10 minutos	Técnico(a) Administrativo	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
18	Recibe y firma cargo de entrega de Certificado de incapacidad	Certificado de Incapacidad recibido	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante ² / Representante Legal

Fin

Otros:

REGISTROS :

ANEXOS :

- Formato de solicitud de certificado de invalidez
- Formato de declaración jurada
- Formato del informe de evaluación médica de incapacidad (anexo 4)
- Formato del certificado médico (anexo 5)
- Formato del certificado de discapacidad
- Flujoograma



² El Usuario solicitante puede ser un paciente sin Essalud o con EPS; con vínculo laboral o perteneciente al Sistema Nacional de Pensiones (Decreto Ley N° 19990) o tener Derecho habiente.

ANEXOS

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS – ESTANDARIZADO

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



SOLICITUD N° UTD:

**(Información que será llenada por el usuario Titular)*

Certificado de Salud.
 Informe Médico
 Informe Psicológico
 Informe Odontológico.

Certificado de Discapacidad.

Certificado Médico de Incapacidad para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.

COMPROBANTE DE PAGO N° _____ Fecha de Pago: _____

DATOS DEL PACIENTE: (Usuario Titular)

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

Nombres y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: (Clara y breve, si falta espacio puede escribir al reverso.)

Firma

*** (Información que podrá ser llenada por el familiar directo o Representante legal del usuario Titular)*

La Información aquí consignada es considerada una **DECLARACIÓN JURADA, sujeta a responsabilidad de Ley**, en caso de detectarse la falsedad de lo declarado.

El Trámite es persona; de no ser esto posible, podrá iniciarlo el/la Espos/a, Hija/o ó Representante Legal con Carta Poder, que deben identificarse con DNI o Carnet de Extranjería.

En caso de cita para **evaluación médica**, el paciente debe venir con DNI original.

Para información y avisos llamar a **Trámite Documentario: Teléfonos: 362-777 Anexo 2215**

DATOS DEL SOLICITANTE: El Agustino ___ de _____ del 201__

Nombres y Apellidos: _____

Parentesco: _____

DNI ó Carnet de Extranjería: _____ Teléfonos: _____

Dirección Electrónica: _____

Firma: _____

**** (Información que deberá ser llenada por el Personal de Trámite Documentario – Mesa de Partes)*

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



SOLICITUD N° UTD:

1.- Certificado de Salud
 2.- Informe Médico Psicológico u Odontológico
 3.- Certificado de Discapacidad
 4.- Certificado Médico de Incapacidad Para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez.

Fecha: _____ Hora: _____

Recibido por: _____

Sello y Firma





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 32 de 40

FORMATOS DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
"HIPOLITO UNANUE"

SOLICITO: Certificado de Invalidez

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
S.D.

Yo..... con DNI N°.....

número de Historia Clínica..... Domiciliado en

..... teléfono.....

Que, siendo requisito indispensable la presentación de un Certificado de Invalidez para el otorgamiento de Pensión de Invalidez, según D.S. N° 166-2005-EF, expongo lo siguiente:

Que habiendo sido atendido en el Hospital

Consultorio de..... con el diagnóstico de

En tal sentido solicito a Usted, ordene a quien corresponda expedir el Certificado de Invalidez.

Por lo expuesto:

Solicito a usted atender mi solicitud.



Huella Digital

El Agustino.....de.....del.....

Firma.....

DNI:

Adjunto:

1. Recibo de pago por S/. 66.00 (Sesenta y seis con 00/100 Nuevos Soles) por concepto de Certificado de Invalidez
2. Copia Simple del DNI ampliado.
3. Declaración Jurada simple de domicilio adjuntando copia fotostática de un servicio (luz, agua, teléfono) que conste el nombre y apellido del usuario.
4. Declaración Jurada simple de no haber recibido Certificado de Invalidez en otra Institución de Salud.
5. Informe Médico que conste el diagnóstico de la enfermedad causante de la Invalidez, si contara con ello.
6. Declaración Jurada de no tener vinculo laboral (que no estén laborando actualmente).

NOTA: Este Hospital evaluará solo a pacientes sin vinculo laboral (que no estén laborando) y domiciliado en los distritos de: El Agustino, Sta. Anita, Ate Vitarte, San Juan de Lurigancho, La Molina y Cieneguilla.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 33 de 40

FORMATOS DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

DECLARACION JURADA

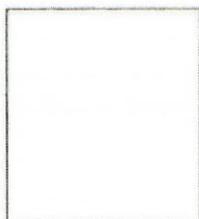
Yo....., identificado con DNI N°....., Domiciliado en

Declaro bajo Juramento:

1. No haber recibido Certificado de Invalidez en otra Institución de Salud.
2. Estar domiciliado en el Distrito de
3. No tener vínculo laboral (no estar laborando actualmente).

Asimismo **DECLARO** tener conocimiento que de ser falsa dicha declaración seré sometido a las sanciones establecidas en el Artículo 428 del Código Penal.

Solicito a usted atender mi solicitud.



Huella Digital

El Agustino.....de.....del.....

Firma.....

DNI:





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 34 de 40

FORMATOS DE INFORME DE EVALUACION MÉDICA DE INCAPACIDAD



Ministerio de Salud
Personas que defendemos Personas

ANEXO N° 4

N° 00065



INFORME DE EVALUACION MEDICA DE INCAPACIDAD - DS N° 116 - 2005 - EF

Centro Asistencial (Hospital/Instituto)		Fecha		
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE		Día	Mes	Año
Servicio	Especialidad			

DATOS PERSONALES DEL EVALUADO

Apellido paterno	Apellido materno	Historia Clínica N°	Nombres	

Dirección actual

Calle /Jiron/Avenida	Block/Manzana/Urbanización

Distrito	Provincia	Departamento

INFORME MEDICO (Revisar Anexo 2)

Anamnesis (Resaltar los síntomas tratando de agruparlos por Clase Funcional)

Historia Familiar (Padre, Madre, Hermanos)

Historia Ocupacional (Puesto de Trabajo y Duración)

Llenar con letra de moide

47510969





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TÉXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 35 de 40

Examen Clínico (Resaltar los signos positivos encontrados en relación a la pérdida de una capacidad funcional (física o mental))

Empty box for clinical examination notes.

Resultados de Exámenes de Ayuda al Diagnóstico

Empty box for diagnostic test results.

Capacidad de reinserción laboral

Empty box for labor reinsertion capacity.

Diagnostico

CIE 10

Fecha de inicio de la incapacidad

Pronostico

Día	Mes	Año

No es precisable

Favorable

Recuperable

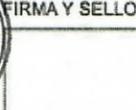
Irrecuperable

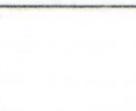
Malo

OBSERVACIONES

Empty box for observations.

FIRMA Y SELLO



 MEDICO EVALUADOR


 JEFE DEL SERVICIO



47510969





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

MANUAL DEL TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Código:

Versión:

Página: Página 36 de 40

FORMATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO



Ministerio de Salud
Personas que olvidamos Personals

ANEXO N° 5
N° 00017



CERTIFICADO MEDICO - DS N° 166-2005-EF

Historia Clínica N°

FECHA
Día Mes Año

I.- CENTRO ASISTENCIAL (Hospital/Instituto)

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

II.- DATOS PERSONALES DEL EVALUADO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
N° de DNI	Sexo	Edad
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección actual Calle / Jiron / Avenida		Block / Manzana / Urbanización
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Distrito	Provincia	Departamento
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

III.- La Comisión Médica Calificadora de Incapacidad-CMCI, de acuerdo a sus facultades certifica lo siguiente:

a.- Diagnóstico CIE 10

1.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
6.-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

b.- Característica de la incapacidad

Naturaleza de la incapacidad

Temporal <input style="width: 95%;" type="text"/>	Permanente <input style="width: 95%;" type="text"/>	No incapacidad <input style="width: 95%;" type="text"/>
Grado de la incapacidad		
Parcial <input style="width: 95%;" type="text"/>	Total <input style="width: 95%;" type="text"/>	Gran incapacidad <input style="width: 95%;" type="text"/>

c.- Menoscabo

		Porcentaje
Menoscabo combinado		
Factores	Tipo de Actividad	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	Posibilidad de reubicación laboral	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Complementarios	Edad	<input style="width: 95%;" type="text"/>
MENOSCABO GLOBAL		

d.- Fecha de Inicio de la incapacidad

Día	Mes	Año	No es precisable <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

IV.- OBSERVACIONES

V.- FIRMA Y SELLO

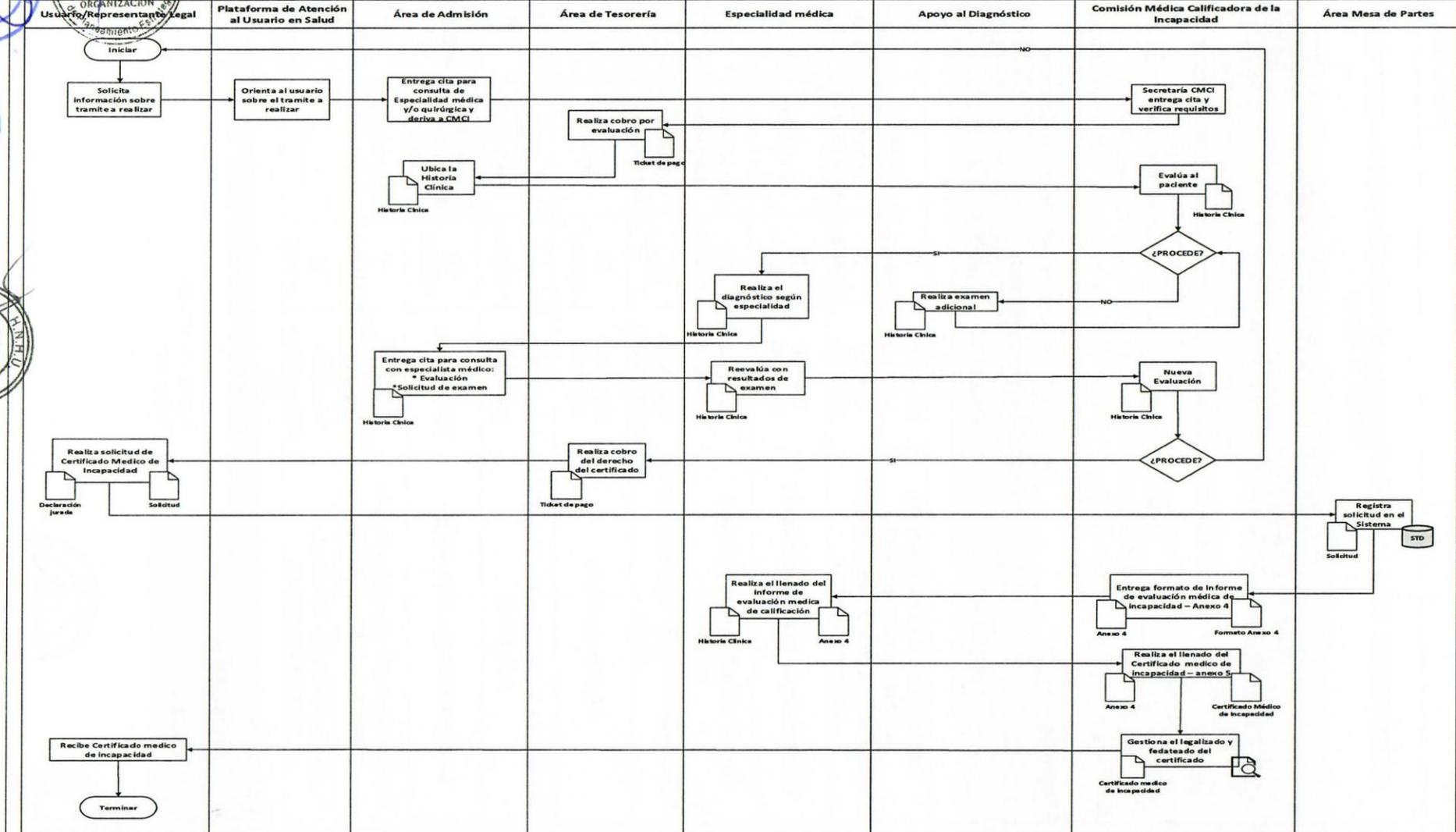
PRESIDENTE DEL CMCI	MIEMBRO DEL CMCI	MIEMBRO DEL CMCI

Llenar con letra de molde

47510956



Diagrama de flujo de La elaboración del Certificado Medico de Incapacidad para el otorgamiento de la pensión de invalidez – 30 días



PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACION DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA QUE PRODUZCA O POSEA EL HNHU

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre del Procedimiento				Código	
Elaboración de la información pública que produzca o posea el HNHU				PS.0.6.3.1.1	
Proceso	Gestión de Transparencia y acceso a la información				
Objeto	Proporcionar información que requiera una persona natural o cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido.				
Alcance	Órganos y Unidades Orgánicas / Usuarios internos y externos del HNHU				
Marco Legal	<ul style="list-style-type: none"> Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso de la Información Pública. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Arts. 39, 51, 56 y 62. 				
Responsable	Responsable designado mediante Resolución Directoral				
Descripción del procedimiento					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGANICA
Inicio					
1	Solicita Información pública mediante solicitud o correo electrónico	Información solicitada	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante/ Representante Legal
2	Registrar solicitud de Información pública en trámite documentario	Solicitud registrada	20 minutos	Técnico(a) Administrativo	Trámite Documentario - Mesa de Partes
3	Registrar solicitud de información pública	Solicitud registrada	10 minutos	Secretaria	Oficina de Comunicaciones / Secretaria
4	Derivar solicitud a responsable de la información	Solicitud derivada	20 minutos	Responsable designado	Oficina de Comunicaciones / Jefatura
5	Proporcionar información solicitada con visto bueno	Información proporcionada	3 días	Técnico(a) Administrativo	Órgano y unidades orgánicas
6	Registrar información	Información registrada	20 minutos	Secretaria	Oficina de Comunicaciones / Secretaria
7	Solicitar pago en Caja si requiera el caso que corresponda	Ticket de Pago entregado	20 minutos	Responsable designado	Oficina de Comunicaciones / Jefatura
8	Realizar cobro según ticket de pago	Ticket de Pago	20 minutos	Técnico(a) Administrativo /Cajero	Unidad de Contabilidad y Finanzas / Caja
9	Entregar información solicitada por escrito, magnético o correo electrónico	Información proporcionada a usuario	10 minutos	Responsable designado	Oficina de Comunicaciones / Secretaria
10	Recibe y firma cargo de entrega de información solicitada	Información pública recibida	10 minutos	Usuario	Usuario solicitante / Representante Legal
Fin					
Otros:					
REGISTROS :					
ANEXOS :		<ul style="list-style-type: none"> Formato de solicitud Flujograma 			



ANEXOS
FORMATOS DE LA SOLICITUD DE TRANSPARENCIA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

SOLICITO: Acceso a la Información Pública del HHNU

"SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE"

S.D.

Yo....., con DNI N°....., Domiciliado en.....con teléfono Móvil N°....., Correo electrónico.....

Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que,

.....de acuerdo al artículo 13 de la LEY N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Por lo expuesto:

Solicito a usted atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil deferencia.

Lima, 05 de Agosto del 2019

FIRMA:.....

Sr(a):.....

DNI.N°

Adjunto:

Copia. DNI





Diagrama de flujo de la elaboración de la Información que produzca o posea el HNHU – 07 días

