

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACION MEDICA

CÓDIGO: MSP-HEP-001
FECHA: 29/07/2025

1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO:				Instrucciones para el llenado	
Apellidos y Nombres:					
Cedula de Identidad:					
Dirección:					
Teléfono/Celular:					
Correo Electrónico					
2.- MOTIVO DE LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN MEDICA:				Instrucciones para el llenado	
Historia Clínica:	1. Consulta Externa:	<input type="checkbox"/>	FECHA		Seleccionar el o los documentos de historia clínica del servicio requerido, indicando la fecha correspondiente.
	2. Ambulatorios:	<input type="checkbox"/>	DESDE	HASTA	
	3. Hospitalización:	<input type="checkbox"/>			
	4. Emergencia:	<input type="checkbox"/>			
Documentos para solicitudes de discapacidad o enfermedades catastróficas	1. Anexos para calificación de discapacidad:	<input type="checkbox"/>	FECHA		Seleccionar el o los documentos requeridos, indicando la fecha correspondiente.
	2. Informe de Karnofsky (KPS):	<input type="checkbox"/>	DESDE	HASTA	
	3. Informe médico:	<input type="checkbox"/>			
	4. Certificado médico:	<input type="checkbox"/>			
Formularios de la historia clínica	1. 008:	<input type="checkbox"/>	FECHA		Seleccionar el o los formularios requeridos, indicando la fecha correspondiente.
	2. 006:	<input type="checkbox"/>	DESDE	HASTA	
	3. Protocolos pre operatorios:	<input type="checkbox"/>			
Otros (especificar):	<input type="checkbox"/>				Especificar otros documentos del registro clínico que no se encuentren en el listado.
3.- DETALLE DE SOLICITUD:					

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACION MEDICA

CÓDIGO: MSP-HEP-001
FECHA: 29/07/2025

4.- FIRMAS:			Instrucciones para el llenado
USUARIO			
			Firma del usuario
REPRESENTANTE O PERSONA AUTORIZADA			
En caso de tratarse de un menor de edad o de un representante autorizado, se deberá adjuntar el escaneo de la cédula de identidad, junto con el documento habilitante que respalde la representación para el trámite solicitado.			
REQUISITOS	DATOS DEL REPRESENTANTE:	FIRMA DEL REPRESENTANTE:	
<ul style="list-style-type: none">Cedula del titular y representante.Carta de autorización en caso que corresponda.	Apellidos y Nombres: _____ Cedula de Identidad: _____ Dirección: _____ Teléfono/Celular: _____ Correo Electrónico: _____		Información del representante o persona autorizada en caso de no ser el paciente que realiza el requerimiento.
NOTA: <ul style="list-style-type: none">Este formulario debe ser completado de forma digital y puede ser firmado de manera física (escaneado y adjuntado) o mediante firma electrónica. Una vez firmado, debe enviarse al correo ventanilla.unica@hep.gob.ec. La respuesta será emitida en un plazo máximo de 10 días laborables.Las personas autorizadas para realizar la solicitud deben ser familiares directos de primer grado de consanguinidad.			
Agradezco por la atención brindada a la presente.			