

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		<i>Firma del usuario</i>
REPRESENTANTE O PERSONA AUTORIZADA		<i>Información del representante o persona autorizada en caso de no ser el paciente que realiza el requerimiento.</i>
<p>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.</p>		
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. 	<p>Apellidos y Nombres: _____</p> <p>Cedula de Identidad: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono/Celular: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p>	
<p>NOTA:</p> <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. <p style="text-align: center;">Agradezco por la atención brindada a la presente.</p>		