

**FORMULARIO PARA TRAMITE DE
CANJE DE CERTIFICADOS MEDICOS PARTICULARES****CENTRO ASISTENCIAL**

	FECHA		N° Expediente	
--	-------	--	---------------	--

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Autogenerado	Documento de Identidad	Género	Edad
	Tipo (ver tabla N° 1) N°	F M	

Empleador	Trabajo Habitual
1.	
2.	
3.	
4.	

Afiliado a: SALUD	SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)
ESSALUD ☐ EPS ☐	ESSALUD ☐ EPS ☐
Indique el nombre de la EPS	Indique el nombre de la Aseguradora

II. CONTINGENCIA**SALUD****SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)**

Enfermedad Común	Accidente Común	Maternidad	Accidente de Trabajo	Enfermedad Profesional
------------------	-----------------	------------	----------------------	------------------------

III. PERIODO(s) A CANJEAR:

1. Del : / / Al : / / Total de días	2. Del : / / Al : / / Total de días
3. Del : / / Al : / / Total de días	4. Del : / / Al : / / Total de días

IV. REQUISITOS GENERALES (Obligatorios para todo trámite) :

- ☐ 1. Estar adscrito al centro asistencial.
- ☐ 2. Acreditar la vigencia del derecho.
- ☐ 3. Presentar Documento de Identidad original del titular, ó copia simple si el trámite lo realiza un tercero.
- ☐ 4. Presentar Documento de Identidad original de quién realiza el trámite (si no es el titular).
- ☐ 5. Presentar Descanso Médico Particular expedido por el profesional de la salud.
- ☐ 6. Presentar Descanso Médico Particular visado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- ☐ 7. Recibo por honorarios profesionales, factura o boleta de venta de la atención recibida. En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentarán los documentos que sustenten la atención recibida.

En caso de incapacidad temporal

- ☐ 8. Fotocopia de los certificados que sustenten los 20 primeros días o carta del empleador en la que declara haber asumido el pago de los mismos.
- ☐ 9. Fotocopia de receta médica.
- ☐ 10. Fotocopia de exámenes de laboratorio.
- ☐ 11. Fotocopia de diagnóstico x imágenes.
- ☐ 12. Informe médico, informe operatorio y/o epicrisis.
- ☐ 13. Aviso de Accidente de Trabajo (solo para afectados al SCTR)

En caso de Maternidad

- ☐ 14. Fotocopia del último informe ecográfico.
- ☐ 15. Constancia de Embarazo Normal en el formato de EsSalud, (en caso de diferimiento)

V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE (Complete estos datos si el trámite es realizado por un tercero y no por el titular)**Apellidos y Nombres de quién realiza el trámite****Documento de Identidad**

	Tipo (ver tabla N° 1)	N°
--	-----------------------	----

Parentesco con el titular

--

Total de folios

--

En Números

En Letras

FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

VI. OBSERVACIONES (A ser llenado exclusivamente por EsSalud)

Total de folios

--

En Números

En Letras

FIRMA DE CARGO DE DEVOLUCION

INFORME MEDICO DE POSTERGACION DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

Fecha:

Centro Asistencial:

Medico Ginecólogo:

CMP N°:

Reg. Especialista N°:

Asegurada:

EDAD:

Seguro Social de Salud N°:

DNI N°:

TRABAJO HABITUAL:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

CONDICIONES DE LA GESTACION:

Formula Gestacional:

FUR:

FPP:

EG: semanas

ALTURA UTERINA:

PLACENTA: POSICION:

ESTADIO:

CANAL VAGINAL:

CPN: (indicar fecha de inicio y EG.) Psicoprofilaxis del Parto: SI ☐ NO ☐

Antecedentes Patológicos y Obstétricos:

CONDICIONES DEL PRODUCTO:GESTACION UNICA: SI ☐ NO ☐GESTACION MULTIPLE: SI ☐ NO ☐ N° FETOS:

POSICION:

PESO:

LATIDOS FETALES:

MORFOLOGIA:

CONCLUSION:

CONDICIONES LABORALES:

TRABAJO HABITUAL:

HORARIOS:

TURNOS:

RIESGOS LABORALES:

ADAPTACION AL TRABAJO:

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y del producto:, que permiten una adaptación plena a su trabajo habitual; por lo que se autoriza a diferir el inicio del periodo de Descanso por Maternidad hasta el:

Firma y Sello: