

I.- Para ser llenado sólo por el paciente o el familiar directo

Información importante: El presente documento tiene carácter y compromiso de declaración jurada, a través del cual el solicitante determina que: ha leído, comprendido y aceptado los alcances y limitaciones del contrato de su programa prepago de protección oncológica; declara con verdad sobre la condición de salud y antecedentes médicos del beneficiario; así mismo autoriza a Oncosalud S.A.C. a tener acceso a sus historias clínicas en caso lo considere necesario al amparo del artículo 25 de la Ley 26842 - Ley General de Salud.

Si el paciente está imposibilitado de presentarse personalmente, la solicitud deberá hacerla el cónyuge, familiar o un representante; debiendo entregar copia de su documento de identidad y carta poder simple que acredite la representación según corresponda.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente de protección de datos personales, se le informa que Oncosalud S.A.C. (Oncosalud) tratará sus datos personales, los cuales son necesarios y harán posible realizar las gestiones requeridas para la prestación de los servicios contratados y la remisión de información relativa a los beneficios del paciente y, en caso sea titular, de sus beneficiarios. Asimismo, sus datos son almacenados en el banco de datos de Pacientes de Oncosalud por el tiempo necesario para cumplir con estas finalidades y será tratada por Oncosalud en conjunto con empresas que conforman el grupo Auna y sus socios comerciales para los fines descritos anteriormente, de quienes puede obtener mayor información visitando la página web (<https://www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales/>). De esta manera, Oncosalud contrata los servicios en la nube para el almacenamiento de sus datos personales a través de Google Inc., cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos. Usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de sus datos personales mediante petición dirigida a: derechosarco@auna.pe o en las oficinas de Oncosalud, ubicada en Av. República de Panamá No. 4575, piso 6, distrito de Surquillo, Lima.

Datos del Paciente

Fecha de la solicitud (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Hora de inicio del proceso de admisión (hh:mm, am o pm) : ____ , ____

Apellidos y Nombres: _____ DNI/CE: _____

Sexo: Masculino: Femenino: Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Edad (años cumplidos): _____

Ocupación: _____ Lugar donde labora: _____

Dirección de domicilio: _____ - _____

Jr./Ca/Av./Psje:

Distrito/Ciudad/Departamento

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

Datos del declarante (Sólo cuando la activación la realiza una persona diferente al paciente)

Apellidos y Nombres: _____ DNI/CE: _____

Parentesco: _____ Teléfono celular y fijo: _____

Correo Electrónico: _____

Presenta Carta Poder acreditandolo como representante del paciente Sí No **Acerca de la enfermedad ACTUAL del paciente**¿Ha sido diagnosticado de cáncer? Sí No Sólo sospecha o presuntivo

Indicar nombre del médico que hizo el diagnóstico: _____

Indicar en que hospital o clínica lo atendió el médico que hizo el diagnóstico: _____

¿Cuenta con el informe del resultado de anatomía patológica Sí No ¿Cuenta con informes de imágenes o laboratorio adicionales? Sí No Especificar Laboratorio Ecografías Resonancia Magnética Tomografías Radiografías Mamografía Endoscopia / Colonoscopia PET / PET CT

¿Se encuentra hospitalizado actualmente? Sí No

Indicar en que hospital o clínica se encuentra hospitalizado:

Indicar fecha desde la que se encuentra hospitalizado:

¿Se le realizó alguna cirugía? Sí No

Indicar nombre del cirujano tratante:

¿Tiene algún otro seguro médico? Essalud EPS

SIS Otros seguros:

¿Tiene otras enfermedades no oncológicas?

Hipertensión arterial Insuficiencia renal Requiere diálisis Alergias a Medicamentos

Diabetes Mellitus Insuficiencia coronaria Asma / EPOC Especificar:

Hepatitis B o C Cirrosis TBC

Otras:

Solo en caso de pacientes mujeres: Datos y antecedentes ginecológicos

Fecha de inicio de su última menstruación o regla / /

¿Esta utilizando algún método anticonceptivo? Sí No ¿Cual?:

¿Tiene la sospecha o confirmación de estar embarazada actualmente? Sí No No lo sabe

Acerca de los ANTECEDENTES personales de salud del paciente.

¿Es fumador? Sí No Edad de inicio: Edad de cese:

¿Ha sido diagnosticada de cáncer anteriormente? Sí No Sólo sospecha o presuntivo

Especifique su(s) diagnósticos oncológicos anteriores: Fecha
 Fecha
 Fecha

Indicar nombre del médico que hizo el diagnóstico:

Indicar en que hospital o clínica le hicieron el diagnóstico:

¿Cuenta con el informe del resultado de anatomía patológica? Sí No

¿Cuenta con informes de imágenes o laboratorio adicionales? Sí No

Especificar Laboratorio Tomografías Ecografías

Radiografías Resonancia Magnética PET / PET CT

Tuvo alguna cirugía para este diagnóstico? Sí No

Recibió Quimioterapia o Radioterapia para este diagnóstico? Sí No

Antecedentes Oncológicos de familiares del paciente (indicar parentesco, enfermedad y año de diagnostico)

Confirmando que ha leído y entendido la información importante descrita arriba, así como que he entendido y declarado con suficiencia de conocimiento y verdad a las preguntas requeridas en este documento. Sí No

Firma del paciente o declarante