



SOLICITUD DE ADMISIÓN DE PACIENTE AL
PROGRAMA ONCOLÓGICO

Código: OS.AN.P.01.01

Revisión: 06

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. Guardia Civil N° 571, distrito de San Borja, Lima.

Datos del Paciente

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

Ingresar		Ingresar (hh:mm)	
Hora de inicio del proceso de admisión (hh:mm)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos y Nombres:	<input type="text"/>	DNI/CE:	<input type="text"/>
Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Estado Civil:	<input type="text"/>	Edad (años cumplidos)	<input type="text"/>
Ocupación:	<input type="text"/>		
Dirección actual de domicilio:	<input type="text"/>	Distrito	<input type="text"/>
Ciudad:	Jr./Ca./Av./Psje: <input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>
Teléfono fijo:	<input type="text"/>	Teléfono celular	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>		

Datos del representante (Llenar sólo cuando la solicitud es realizada por una persona diferente al paciente)

Apellidos y Nombres:	<input type="text"/>	DNI/CE:	<input type="text"/>
Parentesco:	<input type="text"/>	Teléfono celular y fijo	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>		
Presenta Carta Poder acreditándolo como representante del paciente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Acerca de su diagnóstico actual de cáncer

¿Cuenta con el informe del resultado de anatomía patológica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sólo sospecha o presuntivo <input type="checkbox"/>
Indicar el nombre del médico tratante que solicitó la biopsia:	<input type="text"/>		
Indicar las clínicas u hospitales en donde ha recibido sus atenciones médicas durante el último año:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

¿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

En caso de SI, especificar la clínica u hospital:

Indicar desde cuándo se encuentra hospitalizado:

¿Le han realizado cirugía u otro procedimiento para el diagnóstico actual?

Sí

No

En caso de SI, especificar el procedimiento o cirugía para el diagnóstico actual?

Biopsia

Cirugía

Solo en caso de pacientes mujeres: Datos y antecedentes ginecológicos

¿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

¿Ha sido diagnosticada de cáncer anteriormente?

Sí

No

Sólo sospecha o presuntivo

Especifique su(s) diagnósticos oncológicos anteriores:

Fecha

Fecha

Fecha

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

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