

**SOLICITUD DE REFERENCIA A ESSALUD**

Por Medio de la presente solicito la Referencia a EsSalud de:

Nombre del Paciente: .....  
.....

Con Diagnóstico de .....  
.....  
.....  
.....

Afiliado a Pacífico EPS en calidad de: Titular ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( ), en el Plan de salud contratado por.....

Desde el..... a la fecha.

El motivo de la Referencia es:

- Solicitud ( )
- Por capacidad de resolución limitada ( )
- Periodo de latencia ( )
- Pre existencia ( )
- Límite de cobertura ( )

Lima,.....de.....del 2016.

Firma: (Firma del Titular)

Nombre:

DNI:

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REFERENCIA A ESSALUD

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: .....

Edad:.....

Establecimiento de origen.....HC:.....

Establecimiento de ESSALUD en referencia.....

Procedimiento quirúrgico o diagnóstico propuesto:.....

## B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

1. He tomado conocimiento en forma clara y lenguaje sencillo del procedimiento establecido para el inicio de una Referencia de la Clínica o Servicio de Salud afiliado hacia ESSALUD, según las especificaciones establecidas en mi Plan de Salud contratado.
2. He tomado conocimiento que dentro de mi Plan de Salud existen establecimientos de salud (Entidades Vinculadas) en las que puedo seguir el tratamiento por el que se realiza la referencia, sin embargo es mi voluntad el que me refieran a ESSALUD.
3. He recibido información de Pacífico EPS respecto de la operatividad del traslado, conociendo que será Pacífico EPS la encargada de las coordinaciones necesarias con las instituciones respectivas.
4. Entiendo que los profesionales a cargo de la referencia emplearán todos los medios necesarios a su alcance buscando la seguridad y el buen cuidado de mi persona hasta mi destino final, sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultados que se pudieran derivar del procedimiento de referencia que se aplique.
5. Doy consentimiento escrito, para la aplicación de terapias que fueran necesarias durante la referencia. En caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista, que ponga en riesgo mi vida o mi estado de salud actual, autorizo a los profesionales a cargo a llevar a cabo los procedimientos necesarios que garanticen mi salud y mi vida; liberándolos de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de las medidas aplicadas para mejorar mi estado de salud y preservación de mi vida.
6. He sido informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la referencia y poder continuar recibiendo atención médica en la institución de origen y otra que contemple el Plan de Salud.
7. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna)

## C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

.....  
Firma del paciente, tutor legal o familiar  
Doc. Identidad

.....  
Firma y sello del médico informante  
CMP

Lugar..... Hora..... Fecha.....

## FORMATO DE REFERENCIA

### ANEXO 1

#### I. De responsabilidad medica

Nro. Referencial		EsSalud	Extraintitucional	Organización		Área destino	
Fecha		Centro asistencial de origen				C. Externa	X
Prioridad	I	Centro asistencial de destino				Hospital	
		Servicio de origen				Emergencia	
		Servicio de destino				Ayuda DX	

#### II. Identificación del paciente

Código de identidad	7504080ZERAJ006			Responsable de Admisión			
Fecha nacimiento		Edad	A	Vigencia de acreditación	Desde		Hasta
Apellido paterno				A FACTURAR	DJC		
Apellido materno				Certificado de Incapacidad Temporal	Si		No
Nombres					Desde		Hasta
Condición del Asegurado (1)							
Tipo de documento (2)		Sexo					

<b>Domicilio</b>						<b>Teléfono</b>		
Departamento		Zona (3)		Nombre Zona				
Provincia		Vía (4)		Nombre vía				
Distrito				Int.	Dpto.			Lote
				Nº	Km.			Mz

#### III. Resumen de la historia clínica (síntomas y signos)

DIAGNOSTICO			Presuntivo	Definitivo	Código CIE
1.					
Motivo de referencia EsSALUD	01 13				
Motivo de referencia SEPS	Latencia	A solicitud	Capacidad Resolutiva	Pre existencia	Límite de Cobertura

#### IV. Medico tratante o responsable

Nombre del Medico			C.M.P.		
Firma y sello del Medico			Firma y sello del jefe de la Unidad de Referencia		
PARA SER USADO POR EL CENTRO DE DESTINO					
V. 1era prorrogga de la vigencia de la hoja de referencia			VI. Extensión de referencia		
Servicio solicitante		Servicio solicitante			
Medico solicitante		Medico solicitante			
Fecha		Centro de Extensión		Fecha	
Motivo de prorrogga			Motivo de extensión		
Firma y Sello del Medico solicitante	Firma y Sello del Jefe de la Unidad de Referencia	Firma y Sello del Medico solicitante	Firma y Sello del Jefe de la Unidad de Referencia		