

**INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL
SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS**

COPIA DE EXPEDIENTE CLÍNICO

1. El paciente debe entregar una nota dirigida a la Dirección General, plasmando su solicitud. Debe adjuntar copia de su cédula de identidad personal.
2. En caso de que sea el familiar responsable del paciente que requiere copia del expediente clínico, debe igualmente traer a la Dirección General una nota con la autorización del paciente para realizar este trámite y adjuntar copia de la cédula de identidad personal del paciente y del solicitante; además, debe incluir un número de teléfono (activo) ya sea del paciente o del solicitante.
3. La nota debe entregarse en la Recepción de la Dirección General y se le indica al paciente que el costo de la copia por página es de B/0.10 y que el trámite tiene una duración de cuatro a cinco días hábiles.
4. La Dirección General luego de recibir la nota, solicita a REGES el expediente clínico.
5. Una vez recibido el expediente clínico, se procede a contar cada página con el objeto de conocer el costo de las copias que generará el expediente.
6. Luego se le comunica al paciente vía telefónica el costo de las copias y si está interesado en continuar con la solicitud debe apersonarse a cancelar el monto de la misma.
7. Antes de retirarlas en la Recepción, debe ir a la Caja de la institución para cancelar el costo de las copias del expediente clínico.
8. Una vez cuente con la factura correspondiente, el paciente nuevamente va a la Recepción donde se le entregará su documentación.

Es importante añadir, que este trámite también se puede hacer vía fax a la Dirección General y la nota se remite a la Dirección General, procediendo con el trámite arriba expuesto.

RESUMEN DE EXPEDIENTE CLINICO Y CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. El paciente solicita esta documentación en la Recepción de la Dirección General y llena un formulario (adjunto modelo), donde indica la información general básica del paciente.
2. Se le explica al paciente que las certificaciones tienen un costo de B/2.00 y que deben cancelar en el momento que hace la solicitud. También, se les informa, que el proceso de confección de este documento tiene una duración de cuatro a cinco días hábiles. Además, se le entrega al paciente el número telefónico de la Recepción para que pueda comunicarse con nosotros.
3. Las certificaciones solo son emitidas a los pacientes y/o familiar responsable del paciente, según consta en el expediente clínico previa identificación.
4. Con el formulario llenado el interesado pasa a la Caja de la institución y cancela el costo de la certificación, la factura será adjuntada al formulario y entregada en la Recepción.
5. La Dirección General solicita a REGES el expediente clínico y le anexa el formulario de solicitud de certificación para ser enviado al médico tratante del paciente.
6. Cuando el médico tratante recibe estos documentos, procede a llenar la solicitud de certificación con la información médica que se requiere.
7. Una vez el médico tratante concluye, entrega esta información a la Dirección General quien procede a confeccionar electrónicamente la certificación con todos los datos que el médico suministró.
8. Posteriormente, la Dirección General remite nuevamente la certificación al médico tratante para su verificación, firma y sello.
9. Luego de obtener la firma y sello, la Dirección General remite el Certificado o Resumen de Expediente a la Recepción para su entrega al interesado.



Instituto Oncológico Nacional

Juan Demóstenes Arosemena

INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL
DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADISTICA
AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE CADAVER

Autorizo al señor (a) ***** con cedula de identidad personal No.***** a retirar el cadáver de ***** con cédula de identidad personal No.***** y seguro social*****.

Falleció el día *****.

Firma del familiar _____

Cedula _____

Firma del Funcionario

Fecha de entrega de cadáver*****.

**INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL
SUB-DIRECCION MEDICA
SOLICITUD DE CERTIFICACION**

Precio B/2.00

Fecha:

Resumen Clínico:

CERTIFICACION:

Nombre del paciente: -----

Céd. ----- **S.S.** ----- **Edad** -----

Persona que solicita: -----

Céd. ----- **S.S.** ----- **PARENTESCO** -----

Tel. ----- **Motivo:**-----

Fecha de última evaluación -----

Hospitalizado Si ----- **Piso** ----- **No** -----

Dirigido a quien:-----