



REF N°: ████████████████████

SOLICITUD DE REFERENCIA A ESSALUD

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

Nombre del Paciente:

Con Diagnóstico de

Afiliado a La Positiva 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:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Latencia () | 4. Periodo de latencia () |
| 2. Solicitud () | 5. Pre existencia () |
| 3. Por capacidad Resolutiva() | 6. Límite de cobertura () |

	IPRESS	ESSALUD
SERVICIO		
ESTABLECIMIENTO		

Lima,.....de.....del 20

Nombre:

DNI:

CONSENTIMIENTO PARA REFERENCIA A ESSALUD

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Historia Clínica: _____

Institución de Origen: _____

Institución de destino: _____

Diagnóstico: _____

1. He sido informado en forma clara y con 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 La Positiva EPS respecto de la operatividad del traslado, conociendo que será La Positiva 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)** _____

Firma del Asegurado, familiar

Nombre:

DNI:

Firma y sello del informante

DNI:

Lugar y Fecha: _____

Hora: _____

Correo electrónico: _____

ANEXO 1

HOJA DE REFERENCIA

1.- Datos Generales

N° Referencia	Fecha	Hora	Prioridad	PLAN	CODIGO DE ASEGURADO

2.- Datos Personales

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			
Condición del Asegurado	Titular ()		Conyugue ()		Hijo ()		
Tipo de documento				Número de documento			
DNI ()		CARNET EXTRANJERIA ()		OTROS ()			
Fecha Nacim.		Estado civil		Edad		Sexo	M () F ()
Domicilio						Telefono	

3.- Resumen de Historia Clínica

a) Anamnesis					
b) Examen Físico	P.A.: /	P: x"	FR: x"	FC: x"	
c) Diagnóstico		CIE-X	D	P	R
	1)				
	2)				
	3)				
d) Tratamiento					

4) Datos de la referencia

UPS Destino	<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Emergencia		<input type="checkbox"/> Ayuda Diagnóstica
	IPRESS (origen)			ESSALUD (destino)	
ESTABLECIMIENTO					
ESPECIALIDAD					
FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE ATENCIÓN	NOMBRE DE QUIEN LO ATENDERÁ			
MOTIVO DE REFERENCIA	1. Latencia ()		4. Periodo de latencia ()		
	2. Solicitud ()		5. Pre existencia ()		
	3. Capacidad Resolutiva ()		6. Límite de cobertura ()		

CONDICIÓN DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRASLADO	Condiciones del Paciente a la llegada al establecimiento destino		
Estable () Mal Estado ()	Estable ()	Mal Estado ()	Fallecido ()

RESPONSABLE DE LA REFERENCIA	RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO	RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL QUE ACOMPAÑA	PERSONAL QUE RECIBE
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Colegiatura: Profesión	Colegiatura: Profesión	Colegiatura: Profesión	Colegiatura: Profesión	Colegiatura: Profesión
Medico ()	Medico ()	Medico ()	Medico ()	Medico ()
Enfermera ()	Enfermera ()	Enfermera ()	Enfermera ()	Enfermera ()
Obstetriz ()	Obstetriz ()	Obstetriz ()	Obstetriz ()	Obstetriz ()
Otros.....	Otros.....	Otros.....	Otros.....	Otros.....
.....
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	____ Firma y Sello	____ Firma y Sello