



DECLARACIÓN JURADA

Por el presente documento yo, (nombre del solicitante) _____
_____, con documento de identidad _____
solicito a usted sirva proporcionarme _____
del paciente _____
de quien soy _____ (relación con el paciente).

☐ Copia de H.C. Simple foliada

☐ Fedateada

Asimismo, declaro bajo juramento que el paciente _____
_____ se encuentra imposibilitado física o mentalmente de recabar personalmente el documento
mencionado, y también de firmar un documento de autorización a mi persona para que realice dicho trámite. Declaro además que
el (los) documento (s) que solicito será utilizado en beneficio del paciente para _____

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Firma del solicitante

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____

Entregado a:

Nombres y apellidos:		
Doc.	N° Doc.	
Fecha		
		Firma

Condiciones para el trámite:

1. El trámite de copias se inicia con un pago de S/. 40.00 nuevos soles a partir del 01-07-17.
2. El costo por hoja (simple foliada) es de S/2.00; Fedateado, S/4.00 por hoja.
3. La entrega de copia tiene un plazo de 06 días útiles, de acuerdo a ley.
4. Presentar copia del documento de identidad del paciente y persona autorizada.
5. El paciente dispone de un plazo máximo de 30 días desde la confirmación de la solicitud para recoger sus copias, pasado este plazo las copias serán eliminadas y cargadas a su cuenta.
6. Información de contacto: Correo electrónico: historiaclinica@angloamericana.com.pe
Teléfono: 616-8900 anexo: 1507.
7. Entrega de copias, lunes a viernes de 9:00 am. a 1:00 pm y de 3:00 pm. a 6:00 pm.