



**ANEXO N° 4**  
**FORMULARIO PARA TRAMITE DE CANJE**  
**DE CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES**

<b>CENTRO ASISTENCIAL</b>		FECHA		N° Expediente	
<b>I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Autogenerado		Documento de Identidad			
Tipo <input type="checkbox"/>		N°		Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
(ver tabla N° 3)				Edad <input type="checkbox"/>	
Empleador		Trabajo Habitual			
1					
2					
3					
4					
Afiliado a: SALUD		SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)			
ESSALUD <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/>		ESSALUD <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/>			
Indique el nombre de la EPS		Indique el nombre de la aseguradora			
<b>II. CONTINGENCIA</b>					
SALUD		SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)			
Enfermedad Común <input type="checkbox"/>		Accidente Común <input type="checkbox"/>		Maternidad <input type="checkbox"/>	
				Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	
				Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	
<b>III. PERIODO (S) A CANJEAR:</b>					
1. Del ___/___/___ Al ___/___/___ Total de días		2. Del ___/___/___ Al ___/___/___ Total de días			
3. Del ___/___/___ Al ___/___/___ Total de días		4. Del ___/___/___ Al ___/___/___ Total de días			
<b>IV. REQUISITOS GENERALES (Obligatorios para todo trámite):</b>					
<input type="checkbox"/> 1. Estar adscrito al centro asistencial.					
<input type="checkbox"/> 2. Acreditar la vigencia del derecho.					
<input type="checkbox"/> 3. Presentar Documento de Identidad original del titular, ó copia simple si el trámite lo realiza un tercero.					
<input type="checkbox"/> 4. Presentar Documento de Identidad original de quien realiza el trámite (si no es el titular).					
<input type="checkbox"/> 5. Presentar Descanso Médico Particular expedido por el profesional de la salud.					
<input type="checkbox"/> 6. Presentar Descanso Médico Particular visado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.					
<input type="checkbox"/> 7. Recibo por honorarios profesionales, factura o boleta de venta de la atención recibida. En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentarán los documentos que sustenten la atención recibida.					
<b>En caso de incapacidad temporal</b>					
<input type="checkbox"/> 8. Fotocopia de los certificados que sustenten los 20 primeros días o carta del empleador en la que declara haber asumido el pago de los mismos					
<input type="checkbox"/> 9. Fotocopia de receta médica.					
<input type="checkbox"/> 10. Fotocopia de exámenes de laboratorio.					
<input type="checkbox"/> 11. Fotocopia de diagnostico x imágenes.					
<input type="checkbox"/> 12. Fotocopia de informe médico, informe operatorio y/o epicrisis.					
<input type="checkbox"/> 13. Aviso de Accidente de Trabajo (solo para afectos al SCTR)					
<b>En caso de Maternidad</b>					
<input type="checkbox"/> 14. Fotocopia del último informe ecográfico.					
<input type="checkbox"/> 15. Constancia de Embarazo normal en el formato de Essalud, (en caso de diferimiento)					
<b>V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE</b> (Complete estos datos si el trámite es realizado por un tercero y no por el titular)					
Apellidos y Nombres de quién realiza el trámite			Documento de Identidad		
Parentesco con el titular			Tipo <input type="checkbox"/>		
			(ver tabla N° 1) N°		
Total de folios <input type="checkbox"/>			FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE		
en números			en letras		
<b>VI. OBSERVACIONES (A ser llenado exclusivamente por EsSalud)</b>					
Total de folios <input type="checkbox"/>					
en números					
en letras					
FIRMA DE CARGO DE DEVOLUCIÓN					