



ALEJANDRA ARAMAYO GAONA

Alejandra Aramayo Gaona - Congreso de la República

1779

Lima, 14 de junio del 2019

OFICIO N° 1532-2018-2019-AAG/CR

Congresista

WUILIAN MONTEROLA ABREGU

Presidente de la Comisión de Transportes y Comunicaciones

Presente. -**Asunto:** Solicita Licencia

De mi mayor consideración

Por especial encargo de la Congresista Alejandra Aramayo Gaona, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar la licencia a la "TERCERA SESIÓN EXTRAORDINARIA" de la Comisión que usted preside, la misma que ha sido programada para el día viernes 14 de junio del 2019 a horas 10:00 horas en la Sala Francisco Bolognesi.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

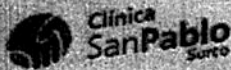
Atentamente,



ARLETTE APAZA GORDILLO
Asesora Principal de Despacho Congresal
ALEJANDRA ARAMAYO GAONA

AAG/aag

Se adjunta (01) folio al documento


TARJETA DE ADMISIÓN (HOSPITALIZACIÓN)

Historia Clínica: 1644429 Presupuesto: _____
 Número de Cama: 601 S
 N° Registro Hospitalario: 2019 003946
 Paciente: 865852 REVOLLAR ARAMAYO ANA GABRIELA Fec.Nac.: 10/01/1999 Edad: 20 AÑOS
 Sexo: Femenino Est.Civil: Soltero País: PERU Doc.Identidad: DNI 75879553
 Dirección: MORUCHUCOS 133 Telef.: 994888039 Parentesco: TITULAR
 Dpto.: LIMA Prov.: LIMA Dsto.: SANTIAGO DE SURCO

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN
 Fecha y Hora Ingreso: 13/06/2019 10:49:30 pm Origen Ingreso: EMERGENCIA
 Médico Tratante: C.M.P. 44057 LEÓN FLORIAN MARIO HEINS Gravedad: SIN GRAVEDAD
 Diagnóstico: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

DATOS DEL TITULAR
 Centro Labor: 003004 CONGRESO DE LA REPUBLICA
 Responsable: 001523 RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.
 Tipo Garantía: SIN GARANTIA Monto Garantía: _____
 Titular: 865852 REVOLLAR ARAMAYO ANA GABRIELA
 Dirección: MORUCHUCOS 133 Teléfono: 994888039
 Doc.Identidad: DNI 75879553
 Observaciones: _____
 DEDUCIBLE POR 0.00 COAS. TITULAR: 15 %

Declaración del Paciente o Responsable:

1. Los datos aportados y consignados en esta Tarjeta de Admisión tienen carácter de Declaración Jurada, obligándome a mantenerlos sin variación, al producirse el egreso de la clínica, con la orden de alta correspondiente.
 2. Acepto cumplir con los requerimientos administrativos de la clínica para solventar en forma adecuada los consumos efectuados de la presente hospitalización, como son depósitos de garantía o pagos a cuenta; y, en caso de ser asegurado o afiliado a algún sistema de financiación de prestaciones de salud, los gastos no cubiertos, deducibles y coaseguros señalados en la Carta de Garantía o condiciones señaladas en la póliza o plan de salud contratados; como obligaciones a cancelar al momento del alta.

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, le informamos que sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en las bases de datos de la Red San Pablo, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios, así como para informarle sobre novedades y nuevos proyectos en los que se encuentre trabajando la Clínica. La Red San Pablo manifiesta cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, y en particular con las medidas de protección correspondientes.

Nombre del Responsable: _____

Doc. de Identidad: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Declaración del Garante:

Me constituyo en forma irrenunciable en garante responsabilizándome en asumir, en nombre de _____ como consecuencia del tratamiento hospitalario recibido en el presente internamiento, en caso de _____ del paciente o su responsable. Me comprometo además a comunicar por escrito la variación de _____

Nombre del Garante: _____

Doc. de Identidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fecha: 13/06/2019

Firma: _____