Curso-Taller para la difusión de la NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad

5.6.3. PROCESO DE RECLAMO

5.6.4. PROCESO DIRIMENTE

5.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

2020

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

PROCESO DE RECLAMO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEIDPRPS

ACTORES	TIEMPOS	PRODUCTO
1 **SOLICITANTE** En **desacuerdo** con el **resultado** de la **calificación** del **grado** de su **discapacidad**.	Dentro de los **15 días hábiles** de recibido el certificado de discapacidad.	
DIRECTOR O JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	**SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN** señalando el motivo del desacuerdo. Mesa de Partes 2	
Médico que suscribió el certificado. Jefe del Departamento o Servicio que refrendó el certificado. Jefe o Director del Establecimiento de Salud que refrendó el certificado.	Dentro de los **30 días hábiles** contado desde la recepción de la solicitud. 3	**DOCUMENTO DE RESPUESTA** entregado al solicitante.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

PROCESO DIRIMENTE

ACTORES	TIEMPOS	PRODUCTO
SOLICITANTE En **desacuerdo** con el **resultado** del **proceso de reclamo.**	Dentro de los **15 días hábiles** de recibido el documento de respuesta al reclamo.	
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN	**SOLICITUD PIDIENDO DIRIMENCIA**	
COMITÉ DE DIRIMENCIA Médicos Especialistas del INR (RD 437-2015-SA-DG-INR)	Dentro de los **30 días hábiles** contados desde la recepción de la solicitud ó desde que se complete la información adicional requerida.	**DOCUMENTO DE RESPUESTA** entregado por el INR al solicitante.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEIDPRPS

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

El uso del Aplicativo para el Registro de Certificados de Discapacidad es obligatorio para todo establecimiento de salud y médico certificador de la discapacidad.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

El EE.SS. certificador deberá implementar el sistema de registro en línea del certificado de discapacidad en el consultorio del médico certificador.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

En caso de no existir equipo de cómputo con acceso a internet en el consultorio del médico certificador, la emisión del certificado deberá ser registrada manualmente y derivada a un punto de digitación cercano para su registro en línea.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

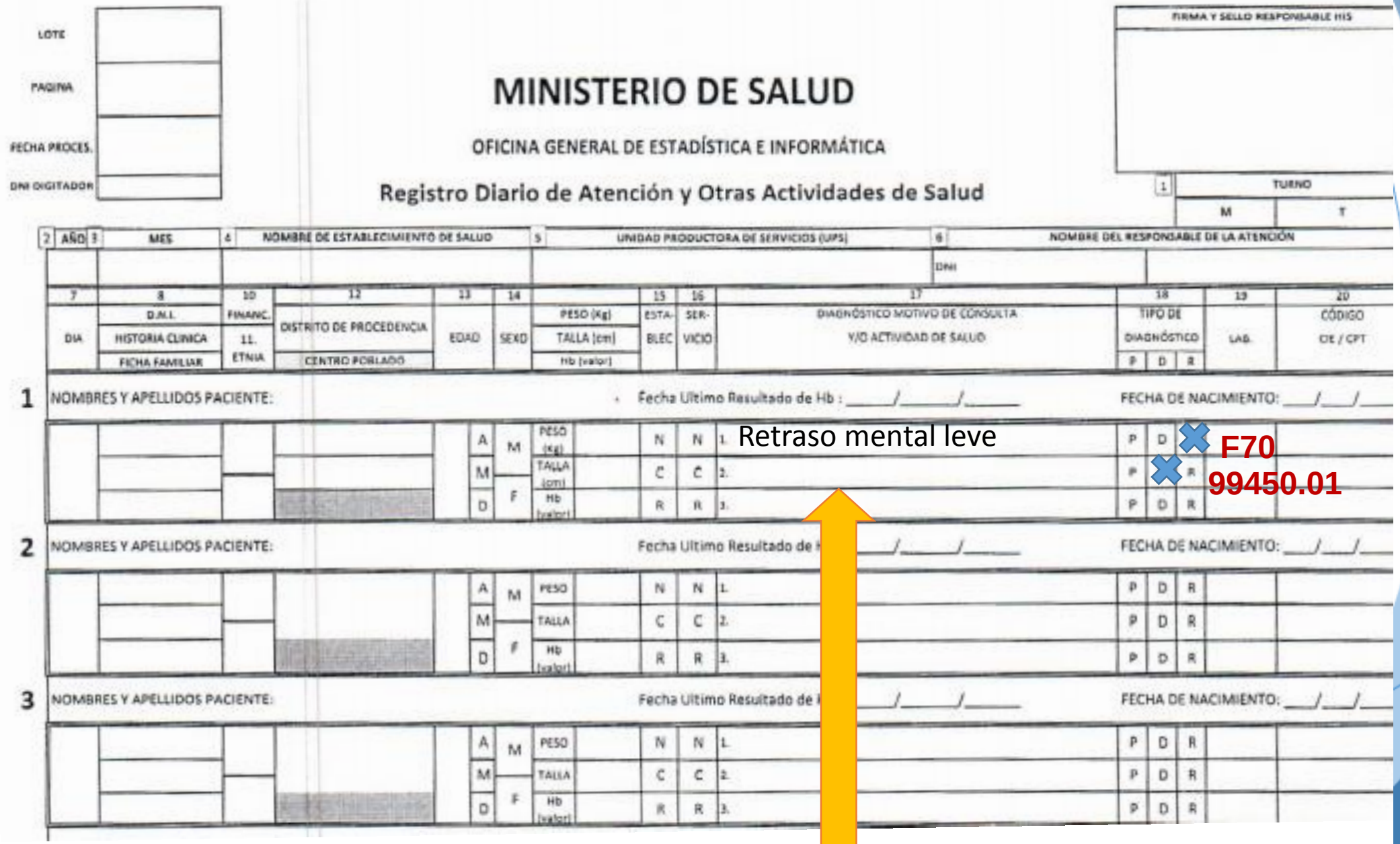
La Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud:

- ✓ Asignará al médico certificador de la discapacidad un código de usuario para el registro de certificados de discapacidad en el aplicativo.
- ✓ Tiene a su cargo la administración y gestión de la base de datos del aplicativo para el registro de certificado de discapacidad.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

El médico certificador de la discapacidad:

Registrará la actividad de certificación en el formato establecido de reporte diario del sistema de información — HIS, o equivalente, según procedimiento vigente en cada institución.



LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

1 TURNO M T

2 AÑO | 3 MES | 4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD | 5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS) | 6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | DNI

7	8	10	12	13	14		15	16	17	18			19	20
DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / FICHA FAMILIAR	FINANC. / 11. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PESO (Kg) / TALLA (cm) / Hb (valor)	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
										P	D	R		

1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fecha Ultimo Resultado de Hb : ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D / M F — PESO (Kg) / TALLA (cm) / Hb (valor) — N C R — 1. Retraso mental leve / 2. / 3. — P D R

F70

99450.01

2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fecha Ultimo Resultado de H____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D / M F — PESO / TALLA / Hb (valor) — N C R — 1. / 2. / 3. — P D R

3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Fecha Ultimo Resultado de H____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

A M D / M F — PESO / TALLA / Hb (valor) — N C R — 1. / 2. / 3. — P D R

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEIDPRPS

CPMS: **Servicio de evaluación, calificación y certificación de la discapacidad**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO Y BASE DE DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD

Una copia del certificado de discapacidad emitido se archivará en la historia clínica.

GRACIAS