



FORMATO DE DENUNCIA ETICA

APROBADO MEDIANTE RESOLUCION N° 0674-CR/II-CMP-2026

1. DATOS DEL DENUNCIANTE

1.1. DATOS DEL DENUNCIANTE

_____ APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS / RAZON SOCIAL

_____ DIRECCION COMPLETA
(a efectos de notificación)

_____ N° TELEFONO Y/O CELULAR _____ DNI / RUC _____ CORREO ELECTRONICO
(a efectos de notificación)

1.2. DATOS DEL REPRESENTANTE

_____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

AUTORIZO QUE SE ME NOTIFIQUE POR CORREO: SI ☐ NO ☐

Art. 32.11.- Durante la tramitación del procedimiento ético se permitirá la notificación a través de correo electrónico, siempre que la parte autorice tal procedimiento.

2. DATOS DEL DENUNCIADO Y/O DENUNCIADOS

2.1. _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES

_____ N° CMP _____ ESPECIALIDAD

_____ DIRECCION DE DOMICILIO Y/O CENTRO LABORAL

2.2. _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES

_____ N° CMP _____ ESPECIALIDAD

_____ DIRECCION DE DOMICILIO Y/O CENTRO LABORAL

_____ FECHA _____ FIRMA



FORMATO DE DENUNCIA INSTITUCIONAL

APROBADO MEDIANTE RESOLUCION N° 0674-CR/II-CMP-2026

1. DATOS DEL DENUNCIANTE

1.1. DATOS DEL DENUNCIANTE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS / RAZON SOCIAL

DIRECCION COMPLETA
(a efectos de notificación)

N° TELEFONO Y/O CELULAR

DNI / RUC

CORREO ELECTRONICO
(a efectos de notificación)

1.2. DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

AUTORIZO QUE SE ME NOTIFIQUE POR CORREO: SI ☐ NO ☐

Art. 29.11.- Durante la tramitación del procedimiento institucional se permitirá la notificación a través de correo electrónico, siempre que la parte autorice tal procedimiento.

2. DATOS DEL DENUNCIADO Y/O DENUNCIADOS

2.1. _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

N° CMP

ESPECIALIDAD

DIRECCION DE DOMICILIO Y/O CENTRO LABORAL

2.2. _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

N° CMP

ESPECIALIDAD

DIRECCION DE DOMICILIO Y/O CENTRO LABORAL

FECHA

FIRMA

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA Y DE INFORMACIÓN RELACIONADA A LA DENUNCIA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE

Mediante el presente documento faculto al Colegio Médico del Perú, para que pueda solicitar, obtener y tener acceso a mi Historia Clínica y cualquier información necesaria, ante las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS (Hospitales, clínicas, postas médicas, consultorios médicos, etc.), y demás información relacionada con la denuncia que presento, con el propósito de llevar a cabo la investigación ética deontológica

Nombres : _____

Apellidos : _____

Tipo de Documento de Identidad : _____

N° de Documento de Identidad : _____

FIRMA: : _____

HUELLA (EN CASO NO PUDIERA FIRMAR)



EN CASO SER REPRESENTANTE LEGAL ACREDITADO CON PODER O FAMILIAR

Nombres : _____

Apellidos : _____

Tipo de Documento de Identidad : _____

N° de Documento de Identidad : _____

FIRMA: : _____

HUELLA (EN CASO NO PUDIERA FIRMAR)



¹ Reglamento de la Ley N° 29733. Ley de Protección de Datos Personales, aprobado por DS N° 003-2013-JUS el 21.08.2013. y N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica aprobada RM N° 214-2018/MINSA del 13.03.2018

2 NTS 139- MINSA/2018/DGAIN: 5.3.1, 8) Confidencialidad y acceso a la Historia Clínica: f."..Cuando se trate de un paciente fallecido, la autorización para acceder a la historia clínica será de los familiares directos (Cónyuge, hijos padres, hermanos)