

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____ Años.

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta)

| | | |
|-------|--|----------------------|
| _____ | Fecha de Atención | <input type="text"/> |
| _____ | Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta | <input type="text"/> |
| _____ | Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad | <input type="text"/> |

Tratamiento e Indicaciones Médicas

 Tratamiento Prolongado o a permanencia SI NO Periodo de tratamiento: _____
 Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar

 Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Fecha de Atención
 Breve descripción del accidente: _____

En caso de Embarazo:

 Fecha probable fecundación: Fecha Diagnóstico
 FFPP:

Nombre del Médico: _____ RUT: _____ -

Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____ RUT: _____ -

Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

 ¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:
 SI NO N° de Liquidación _____ Diagnóstico Anterior _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.
CANTIDAD DE DOCUMENTOS

| Bonos/Orden At. | Reembolsos | Boleta Farmacia | Recetas | Programas | Otras | Total |
|-----------------|------------|-----------------|---------|-----------|-------|-------|
| | | | | | | |

| | | |
|--|----------------------------|-------------|
| Total Gastos Solicitados: _____ (Gastos efectivamente incurrido por el asegurado) | Fecha <input type="text"/> | _____ Firma |
|--|----------------------------|-------------|

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: _____ RUT: _____ -

 Nombre del Funcionario: _____ Fecha:

 Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.
 _____ Firma