

SOLICITUD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

RUT AFILIADO: _____ - _____

FOLIO N°: _____

FECHA: _____
DÍA MES AÑO**DATOS PACIENTE**Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT: _____ Teléfono: _____

Email: _____

DATOS MÉDICO

RUT Profesional: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBREDirección Profesional: _____
CALLE N° DEPTO. COMUNA CIUDAD

Email: _____

Dirección donde se otorgan las atenciones: _____

ENFERMEDAD Y DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: _____

Síntomas: _____

Fundamentación del Diagnóstico: Imagenología Exámenes de Laboratorio y/o Intervención Biopsias
 Otros procedimientos (detallar): _____

Tratamientos anteriores realizados: _____

Respuesta y evolución a Ttos. anteriores: _____

Fecha de primer Diagnóstico: _____
MES AÑO**PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL**Pronóstico: Recuperable Irrecuperable Nro. de Días y/o Sesiones: _____Requiere Reposo: Sí No Fecha estimada de reintegro Laboral: _____
DÍA MES AÑO

Firma Médico Tratante - Timbre

Firma Paciente o Representante Legal

MEDIO DE REEMBOLSORealizar Depósito en: Cuenta Bancaria Retiro en oficina comercial Lugar: _____

Cod. 1400730

Solicitud de Tratamiento Ambulatorio

En el DFL N°1 de la ley de Isapres se encuentra contenida norma que dispone que "Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la facultad para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para discutir respecto de la procedencia de tal beneficio". Lo anterior, en concordancia con la ley 19.628 y con la entrada en vigencia de la ley 20.584.

N° DE SOLICITUD: _____

FECHA: _____
DÍA MES AÑONombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT Afiliado: _____ Oficina de entrega: _____