



Isapre Fundación

SOLICITUD DE TRATAMIENTO

FOLIO RELACIONADO :

FOLIO N° :

DATOS ISAPRE

Fecha Recepción PAM [][][]	Coordinación []	Último Plan []	Vigencia Benef. []
Nombre Afiliado []	Rut Afiliado []	Penúltimo []	[]
Sec. Beneficiario []	Vigencia Inicial []	Teléfono 1 []	Teléfono 2 []
Preexistencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CIE []	

INFORME MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente []	Edad []	Teléfono Paciente []
Nombre Médico Tratante []	Rut Médico []	Teléfono Médico []
Especialidad []	Diagnóstico Principal []	
Prestación Realizada []	Código Fonasa []	
Fecha Diagnóstico [][][]	Fecha Inicio Síntomas [][][]	
Fecha Pabellón [][][]	Hora inicio Pabellón []	Hábil <input type="checkbox"/> Inhábil <input type="checkbox"/>
Anamnesis []	Firma Médico Tratante _____	

DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento []	Fecha Ingreso [][][]	Fecha Alta [][][]
Rut Establecimiento []	Hora ingreso []	Hora Alta []

DETALLE DOCUMENTOS ADJUNTOS

Prefectura <input type="checkbox"/>	Ex. Laboratorio <input type="checkbox"/>	Protocolo <input type="checkbox"/>	Otros []
Factura <input type="checkbox"/>	Ex. Rayos <input type="checkbox"/>	Biopsia <input type="checkbox"/>	[]
Boletas <input type="checkbox"/>	Informe Médico <input type="checkbox"/>	[]	[]

DETALLE HONORARIOS MÉDICOS

Profesionales	Rut Profesional	Código Prestación	Valor Prestación
1° CIRUJANO			
2° CIRUJANO			
ANESTESISTA			
ARSENALERA			
TOTAL			

RESOLUCIÓN CONTRALORÍA MÉDICA

Código Prestación Autorizado []	Observaciones []
[]	[]

TIMBRE RECEPCIÓN ISAPRE	FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN CONTRAL. MÉDICA	FIRMA Y FECHA RESOLUCIÓN CONTRAL. MÉDICA	FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN BENEFICIOS	FIRMA Y FECHA LIQUIDACIÓN BENEFICIOS

ORIGINAL AFILIADO