



Solicitud de Tratamiento

Datos Isapre

FOLIO RELACIONADO :

FOLIO N° :

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

Informe Médico Tratante

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

Datos Establecimiento

Establecimiento	Fecha Ingreso	Fecha Alta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rut Establecimiento	Hora ingreso	Hora Alta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detalle Documentos Adjuntos

Prefactura	<input type="checkbox"/>	Ex. Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Protocolo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>
Factura	<input type="checkbox"/>	Ex. Rayos	<input type="checkbox"/>	Biopsia	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Boletas	<input type="checkbox"/>	Informe Médico	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>

Detalle Honorarios Médicos

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

Resolución Contraloría Médica

Código Prestación Autorizado	Observaciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>