

DATOS AGENCIA

Fecha Recepción PAM	Fecha Emisión Bonos	Sucursal	Código
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Afiliado	Rut Afiliado	Plan	Vigencia Benef.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ultimo	<input type="text"/>
Sec. Beneficiario	Vigencia Inicial	Penúltimo	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono			
<input type="text"/>			

INFORME MEDICO TRATANTE

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

DATOS ESTABLECIMIENTO

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

DETALLE HOSPITALIZACION

Bonos	Reembolsos	Cant. Boletas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL HOSPITALIZACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DETALLE HONORARIOS MEDICOS

PROFESIONALES	RUT PROFESIONAL	CODIGO PRESTACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	VALOR A PAGAR
CIRUJANO					
ANESTESISTA					
1º AYUDANTE					
2º AYUDANTE					
ARSENALERA					
MATRONA					
OTROS					
TOTAL PROFESIONALES					
TOTAL GENERAL					

ORIGINAL: ISAPRE

FINANCIAMIENTO:

- Copago Directo
- Seguro Catastrófico, Tipo de Seguro: _____
- Cuenta Corriente
- Cuenta Excedentes
- Sólo Bonificación (Clínicas en Convenio)
- Otros, especificar: _____
- Urgencia - Red Catastrófica

ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS:

- Declaración de Accidentes
- Biopsia
- Autorización
- Otros, especificar: _____

FIRMA Y FECHA RECEPCION AGENCIA	FIRMA Y FECHA VISACION C. MEDICA	FIRMA Y FECHA LIQUIDACION B. MEDICOS	FIRMA Y FECHA AUTORIZAC. COMITE BENEF.	FIRMA Y FECHA AUTORIZAC. COMITE GTES.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>