

DECLARACIÓN DE SALUD

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA	SUCURSAL / CENTRO DE COSTO

2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	SISTEMA SALUD	
F M		FONASA:	ISAPRE:
			¿CUÁL?:
			FECHA INGRESO EMPRESA

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a SERMECOOP LTDA. para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de algunos de mis cargos, si es el caso) y autorizo a los médicos o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria, o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.

3. DECLARACIÓN DE MÉDICO TRATANTE

(Favor use letra imprenta)

Nombre del Paciente: _____

RUT: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Diagnóstico efectuado: _____

Fecha Diagnóstico: _____

Exámenes realizados que fundamenten el diagnóstico: _____

Detalle tratamiento y/o medicamentos: _____

(Adjuntar copia de los exámenes relacionados con el diagnóstico)

Periodo del Tratamiento: _____ Indique cantidad de meses (max. 6 meses)

Breve historia Clínica: _____

Fecha de Atención: ____ / ____ / ____

4. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
ESPECIALIDAD		FIRMA MÉDICO	

NOTA: Dejamos constancia que los documentos presentados serán entregados a la Contraloría SERMECOOP Ltda. para su análisis. La entrega del beneficio está sujeta a evaluación.

FIRMA TITULAR

TIMBRE SERMECOOP