

**DECLARACIÓN DE SALUD**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

<b>EMPRESA</b>	<b>SUCURSAL / CENTRO DE COSTO</b>

**2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO**

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

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**

<b>RUT</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
<b>ESPECIALIDAD</b>		<b>FIRMA MÉDICO</b>	

**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