

DATOS AGENCIA

Fecha Recepción PAM [][][]	Fecha Emisión Bonos [][][]	Sucursal [][][][]	Código [][][]
Nombre del Afiliado [][][][][][][][][][]	R.U.T. Afiliado [][][][][][][]	Plan [][][]	Vigencia Benef. [][][]
Sec. Beneficiario [][][]	Vigencia Inicial [][][]	Teléfono [][][][][][][]	Ultimo Penúltimo [][][] [][][]

INFORME MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente [][][][][][][][][][]	Edad [][]				
Nombre Médico Tratante [][][][][][][][][][]	R.U.T. [][][][][][][]	Teléfono [][][][][][][]			
Especialidad [][][][][][][][][]	Diagnóstico Principal [][][][][][][][][][][]	Fecha Diagnóstico [][][]			
Prestación Principal Realizada [][][][][][][][][]	Código Fonasa [][][]	Fecha Pabellón [][][]	Hora inicio Pabellón [][][]	Hábil []	Inhábil []
Prestación Secundaria Realizada [][][][][][][][][]	Código Fonasa [][][]				
Otras Prestaciones [][][][][][][][][]	Código Fonasa [][][]				
Anamnesis [][][][][][][][][][][]	Firma Médico tratante [][][][][][][][][][]				

DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento [][][][][][][][][][]	R.U.T. Establecimiento [][][][][][][]	Fecha Ingreso [][][]	Fecha Alta [][][]
		Hora Ingreso [][]	Hora Alta [][]

DETALLE HOSPITALIZACION

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

DETALLE HONORARIOS MEDICOS

Bonos <input type="checkbox"/>						Reembolsos <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
PROFESIONALES	R.U.T. PROFESIONAL	CODIGO PRESTACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	VALOR A PAGAR												
CIRUJANO																	
ANESTESISTA																	
1° AYUDANTE																	
2° AYUDANTE																	
ARSENALERA																	
MATRONA																	
OTROS																	
PABELLON																	
INSUMOS																	
TOTAL PROFESIONALES																	
TOTAL GENERAL																	

FINANCIAMIENTO:

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

ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS:

- Declaración de Accidentes
 Biopsia
 Autorización
 Otros, especificar: _____

ORIGINAL: ISAPRE

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.