Estimado Doctor:

Con el objetivo de analizar adecuadamente la cobertura que solicita nuestro beneficiario, en relación a atenciones de salud, le rogamos completar, en lo posible con letra claramente legible, la información que a continuación se solicita.

Agradeciendo desde ya su colaboración, lo saluda atentamente

CONTRALORIA MEDICA ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.

Declaración del médico tratante:

Nombre del paciente: _____

Diagnóstico actual:_____

Fecha
Diagnóstico actual:_____/_____/ _____

Inicio de síntomas:_____/_____/ _____

1° formulación diagnósticada relatada o conocida por Ud:_____/_____/ _____

¿Cuál? _____

Breve anamnesis respecto patología actual y métodos de apoyo diagnóstico utilizados:

_____

_____

_____

_____

En casos accidentales o lesiones del aparato locomotor indicar causal:

Accidente del trabajo / trayecto: _____ Enfermedad Profesional: _____

Accidente del tránsito : _____ Lesión autoinferidas: _____

Accidente común _____

En caso de embarazo, parto o aborto indicar:

FUR:_____

FPG:_____

FPP: _____

Tratamiento realizado o proyectado:_____

_____

_____

_____

Hospitalizado:_____(N° de días) Ambulatorio_____Médico_____Quirúrgico: _____

Hospitalización transitoria:___(N° de horas) Indicación precisa de hospitalización:

_____

Exámenes complementarios solicitados: Lab._____ Rx._____ Proc. _____

Especificar: _____

Datos del profesional

Nombre:_____

Especialidad:_____Rut:_____Fono:_____

Dirección:_____

Fecha: _____

_____

FIRMA