Colmena

Solicitud de Tratamiento Ambulatorio

SOLICITUD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

RUT AFILIADO: _____ – _____

FOLIO Nº: _____

FECHA: _____ _____ _____
DÍA MES AÑO

DATOS PACIENTE

Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT: _____ Teléfono: _____

Email: _____

DATOS MÉDICO

RUT Profesional: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

Dirección Profesional: _____
CALLE Nº DEPTO. COMUNA CIUDAD

Email: _____

Dirección donde se otorgan las atenciones: _____

ENFERMEDAD Y DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: _____

Síntomas: _____

_____

Fundamentación del Diagnóstico: ☐ Imagenología ☐ Exámenes de Laboratorio y/o Intervención ☐ Biopsias

☐ Otros procedimientos (detallar): _____

_____

Tratamientos anteriores realizados: _____

Respuesta y evolución a Ttos. anteriores: _____

Fecha de primer Diagnóstico: _____ _____
MES AÑO

PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL

Pronóstico: ☐ Recuperable ☐ Irrecuperable Nro. de Días y/o Sesiones: _____

Requiere Reposo: ☐ Sí ☐ No Fecha estimada de reintegro Laboral: _____ _____ _____
DÍA MES AÑO

_____ _____
Firma Médico Tratante - Timbre Firma Paciente o Representante Legal

MEDIO DE REEMBOLSO

Realizar Depósito en: ☐ Cuenta Bancaria ☐ Retiro en ofina comercial Lugar: _____

DIC16

ORIGINAL ISAPRE

En el DFL N°1 de la ley de Isapres se encuentra contenida norma que dispone que “Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para discutir respecto de la procedencia de tal beneficio”. Lo anterior, en concordancia con la ley 19.628 y con la entrada en vigencia de la ley 20.584.

Colmena

Solicitud de Tratamiento Ambulatorio

Nº DE SOLICITUD: _____

FECHA: _____ _____ _____
DÍA MES AÑO

Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT Afiliado: _____ Oficina de entrega: _____