

FORMULARIO DE DATOS MEDICOS

DECLARACION MÉDICA

A.- DATOS DEL BENEFICIARIO (Llenar con letra clara y legible)

1.- Nombre de la Empresa o Razón Social: 2.- Rut:

• 3.- Nombre Beneficiario Titular: 4.- Rut:

B.- DATOS DEL PACIENTE

• 1.-Nombre del Paciente: 2.- Rut:

• 3.- Relación con el Beneficiario: (X)

El Mismo: Cónyuge: Hijo(a) Madre: Padre: Nieto(a):
Otro:

4.-Fecha de Nacimiento: / / 5.- Edad:

C.-DECLARACION DEL MEDICO.

• 1.-Nombre del Médico o Dentista 2.- Especialidad

3.- Rut 4.-Fono: 5.-Dirección:

6.-Ciudad:

• 7.-Diagnostico:

- 8.- Fecha primer Síntoma: / / 9.- Fecha de Diagnóstico: / /
- 10.- Continuación Tratamiento: SI NO
- 11.- Brevemente se requiere detallar elementos importantes del diagnostico

• 12.- Exámenes, Sesiones de Kinesiología, Medicamentos Solicitados y/o Receta Óptica:

Firma Y Timbre Médico Tratante y/o Dentista

E.- SECCION A LLENAR POR EL DENTISTA.

PRESUPUESTO DENTAL

<u>N° de Pieza</u>	<u>Descripción Pieza</u>	<u>Valor Unitario</u>	<u>Valor Total</u>	<u>Fecha del Servicio</u>

NOMBRE DE LA CLINICA

FIRMA Y TIMBRE DEL DENTISTA

NOTA: EL FORMULARIO DEBE VENIR COMPLETO, CON UN SOLO COLOR DE LAPIZ, UNA SOLA LETRA, FIRMADA Y TIMBRADA POR EL MEDICO Y/O DENTISTA TRATANTE. DE NO VENIR COMPLETO SERÁ RECHAZADO Y DEBERA PRESENTAR UN NUEVO FORMULARIO.