

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA

FOLIO N°

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. [][][][][][][][][]
Especialidad [][][][][][][][][]	Teléfono [][][][][][][][][]
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

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					

ORIGINAL: ISAPRE

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: _____

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.