

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

### I. ANTECEDENTES DEL SOCIO/A (Esta sección debe ser llenada por el socio/a)

\_\_\_\_\_ Apellido Paterno                      \_\_\_\_\_ Apellido Materno                      \_\_\_\_\_ Nombres

R.U.T.:  Isapre: \_\_\_\_\_ Fonasa: \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_ Apellido Paterno                      \_\_\_\_\_ Apellido Materno                      \_\_\_\_\_ Nombres

R.U.T.:  Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

(Adjuntar los Documentos originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta dolencia)

Nº Documentos Adjuntos: \_\_\_\_\_ Total de Gastos Presentados (de cargo del socio) \$ \_\_\_\_\_

### IV. INFORME MEDICO (No llenar si es continuación de tratamiento)

1. Diagnóstico \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre este diagnostico? \_\_\_\_\_
3. Fecha de manifestación de los primeros síntomas \_\_\_\_\_
4. (A).- ¿Ha sido el paciente derivado de otro médico que lo derivó? SI..... NO.....  
(B).- Nombre y especialidad del médico que lo derivó: \_\_\_\_\_
5. Tratamiento: \_\_\_\_\_
6. Si es embarazo indique: Número de semanas: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ R.U.T.:

\_\_\_\_\_ Fecha de Consulta

\_\_\_\_\_ Firma y Timbre Médico

\_\_\_\_\_ Fecha presentación de solicitud

\_\_\_\_\_ Firma Socio/a

\_\_\_\_\_ Depto. Bienestar