



## Orden de Atención (Ambulatoria, Hospitalaria o Intensiva)

Beneficiarios Leyes No 16.744 y 19.345

Señores:

De conformidad al convenio celebrado con ustedes, agradecemos otorgar al beneficiario individualizado la atención médica que corresponda al caso, hasta su curación completa, mientras subsistan los síntomas y/o secuelas del accidente o enfermedad profesional, o hasta que este Instituto emita una Orden de Cese de Atención.

### Datos de la Orden

ID Documento	Fecha creación	Inicio vigencia	Término vigencia	Región
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de atención			Prestador	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Dirección				
<input type="text"/>				

### Datos del Trabajador

RUN	Nombres y apellidos			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Dirección			Comuna	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Teléfono	Sexo	Fecha de nacimiento	Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

El gasto originado por esta atención, se facturará según procedimientos y arancel convenido, en duplicado a nombre del Instituto de Seguridad Laboral, Rut 61.533.000-0, Teatinos 726, Santiago y deberá entregarse en oficina de partes de la misma institución.

Emitido por                      Impreso por                      Fecha y hora de impresión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ante cualquier consulta por favor dirigirse a la agencia regional que corresponda. [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl)

\_\_\_\_\_  
Firma funcionario ISL