

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA
DATOS AGENCIA
FOLIO Nº

Fecha Recepción PAM	Fecha Emisión Bonos	Sucursal	Código
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Afiliado		R.U.T. Afiliado	Plan
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Vigencia Benef.
Sec. Beneficiario	Vigencia Inicial	Teléfono	Último Penúltimo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORME MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente		Edad	<input type="text"/>
Nombre Médico Tratante	R.U.T.	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Especialidad	Diagnóstico Principal	Fecha Diagnóstico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestación Principal Realizada	Código Fonasa	Fecha Pabellón	Hora inicio Pabellón
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestación Secundaria Realizada	Código Fonasa		Hábil <input type="checkbox"/> Inhábil <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Otras Prestaciones	Código Fonasa		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Anamnesis			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Firma Médico tratante			

DATOS ESTABLECIMIENTO

Establecimiento	R.U.T. Establecimiento	Fecha Ingreso	Fecha Alta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Hora Ingreso	Hora Alta
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DETALLE HOSPITALIZACION

TOTAL HOSPITALIZACION		Bonos <input type="checkbox"/>	Reembolsos <input type="checkbox"/>	Cant. Boletas <input type="checkbox"/>
		VALOR PRESTACION	BONIFICACION	COPAGO
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DETALLE HONORARIOS MEDICOS

PROFESIONALES	R.U.T. PROFESIONAL	CODIGO PRESTACION	VALOR PRESTACION	BONIFICACION	VALOR A PAGAR
CIRJANO					
ANESTESISTA					
1º AYUDANTE					
2º AYUDANTE					
ARSENALERA					
MATRONA					
OTROS					
PABELLON					
INSUMOS					
TOTAL PROFESIONALES					
TOTAL GENERAL					

FINANCIAMIENTO:

- Copago Directo
- Seguro Catastrófico, Tipo de Seguro: _____
- Cuenta Corriente
- Cuenta Excedentes
- Sólo Bonificación (Clínicas 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.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>