

FORMULARIO DE DECLARACION DE ACCIDENTES

Yo _____ Edad: _____ Años.
RUT: _____ - _____, Declaro que los documentos y la información entregada a la Isapre: _____, Corresponden a la Patología: _____, la cual corresponde a una enfermedad de origen:

No traumático

Traumático (Fracturas, caídas, choques, esguinces, heridas, entre otras)

- En caso de ser un evento traumático, indique:

Fecha del evento: _____

Lugar del evento: _____

Hora del evento: _____

Testigos del evento: _____

Lugar de la primera atención: _____

Describa el evento ocurrido:

- En caso de ser un evento no traumático, indique

Fecha inicio de los primeros síntomas: _____

Que evento origina el inicio de los síntomas: _____

Fecha de la primera consulta: _____

Actividad laboral: _____

Firma del paciente o representante

Fecha: _____