

Fecha:

Check List

Nombre Paciente:_____ Rut _____ - Episodio _____

Admision paciente Adulto o Pediatrico	Estado	Descripciones
Registro de admision	<input type="checkbox"/>	va en la ficha al piso
Fotocopia de Cedula de Indentidad paciente	<input type="checkbox"/>	sacar 2 copias, una va a la ficha y otra al pagare (siempre que paciente firme pagare)
Orden de hospitalizacion	<input type="checkbox"/>	todo paciente que ingrese a cirugia debe traerlo
Presupuesto de la Clinica	<input type="checkbox"/>	todo paciente que ingrese a cirugia por libre eleccion debe traerlo
Egreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	se debe sacar de sistema
Pagare	<input type="checkbox"/>	firma debe ser lo mas parecida a la del carnet de identidad
Fotocopia de Cedula de identidad de quien firma pagare	<input type="checkbox"/>	siempre fijarse que cedula este vigente y con visa permanente en caso de ser extranjero
Mandato	<input type="checkbox"/>	firma debe ser lo mas parecida a la del carnet de identidad
Aceptacion de Habitacion	<input type="checkbox"/>	se solicita siempre
Rechazo de habitacion	<input type="checkbox"/>	se solicita siempre
Brazalete de identificacion	<input type="checkbox"/>	debe ir con los datos correctos (verificar con carnet de identidad)
Formulario de Declaracion de accidentes	<input type="checkbox"/>	se solicita a todo paciente traumatologico y de otorrino si es por fractura nasal
Cheque prepaga tu cirugia	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes consalud bajo esta modalidad
Bono Pad	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa bajo esta modalidad
Formulario N°2 Ges	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes isapre bajo esta modalidad
Declaracion de opcion por modalidad de atencion	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa que opten por libre eleccion
Formulario Caec	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes isapre bajo esta modalidad
Notificacion Ley de Urgencia	<input type="checkbox"/>	Todo paciente que ingrese bajo esta modalidad debe ingresar con esta notificacion
Carta de Resguardo	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa o en convenio bajo esta modalidad

- Certificación Fonasa
- Salvoconducto Hospitalizados
- Toma de conocimiento Hospitalizados

En Carpeta que va a piso debe ir:

Copia de Carnet de Identidad de paciente
Hoja de Admision
Orden de Hospitalizacion
Egreso Hospitalario

Carnet de identidad
Pacientes GES, CAEC y BONO PAD
Pagare
Traslados internos
Fecha de Nacimiento
Sexo de paciente (hombre-mujer)

siempre verificar datos personales de sistema con Cedula de identidad
se deben hospitalizar en habitacion doble
solo puede ser firmado por un mayor de edad con cedula vigente y permanencia definitiva
al realizar cambio de paciente de unidad no olvidar cambiar la categoria de tratamiento
siempre verificar que datos sean los mismo del carnet de identidad
siempre verificar que informacion que se encuentra en sistema sea la correcta

Aseguradoras

Cruz blanca	900003
Colmena	900013
Consalud	900006
Fonasa	900001
Mas Vida	900007

Responsable Admision:_____

EPISODIO N°:

ACEPTACIÓN DE HABITACIÓN

Mediante la presente, yo _____
C.I. _____-____, acepto la habitación asignada en el Servicio de Admisión

Doy fe que he sido informado del valor cama habitación y que estoy en conocimiento de mi elección de Atención de Modalidad Libre Elección (MLE).

☐

Habitación Individual

Otro tipo de habitacion
(especificar)

☐

Habitación Pluripersonal

☐

Habitación Transitoria

En caso de requerir internación, acepto la habitación correspondiente a mi plan de salud o modalidad libre elección. Exceptuando pacientes **Ges** o **Caec**, **Bonos PAD** y **Cheque Consalud**.

☐

Habitación Individual

☐

Habitación Pluripersonal

Firma paciente o representante legal

Fecha:

EPISODIO N°:

TOMA DE CONOCIMIENTO RESTRICCIÓN DE VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Considerando la contingencia sanitaria por la pandemia Covid -19 y para mejorar la protección de pacientes hospitalizados y del personal clínico que les atiende; dispone, a contar del día 01 de Abril la restricción de visitas a todos los pacientes hospitalizados en ella, que consistirá en el ingreso solamente de una persona individualizada en este documento.

Durante la aplicación de esta medida y preocupados de cumplir con lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes a propósito de su atención de salud; es que, durante la presente contingencia, los pacientes hospitalizados podrán mantener comunicación con sus familiares, a través de los medios que su condición médica permita.

Para ingresar a la clínica u obtener información acerca de la evolución de los pacientes hospitalizados, el paciente o su apoderado, junto con tomar conocimiento del presente documento; deberán registrar los antecedentes de la persona autorizada para el acceso a la clínica y visitar al paciente, en los horarios definidos que se comunicarán en informativo adjunto.

Registro de nombre familiar o visita autorizada para ingresar:

- Nombre:
- Rut:
- Teléfono:

PACIENTE :

Nombre:

RUT:

APODERADO :

Nombre:

RUT:

Fecha:

DECLARACION DE OPCION POR MODALIDAD DE ATENCION

Yo _____
Rut _____

Beneficiario FONASA grupo ____ declaro:

1.- Que he tomado conocimiento que como beneficiario de la Ley 18.469 tengo derecho a optar por cualquiera de las dos modalidades de atención contempladas por esta ley y que son las siguientes:

* Modalidad de Atención Institucional: en este caso será trasladado a un Hospital Público o a uno privado con convenio Modalidad de Atención Institucional con FONASA, donde recibiré las prestaciones de salud necesarias para finalizar mi tratamiento. Estas prestaciones serán ambulatorias o de hospitalización y tendrán un copago que dependerá del grupo FONASA en que clasifico según mis Ingresos, el que en general será de:

Grupo A 0%

Grupo B 0%

Grupo C 10%

Grupo D 20%

* Modalidad de Libre Elección: en este caso pudo elegir el establecimiento de salud donde deseo continuar mi atención (puede ser el mismo donde me encuentro actualmente u otro establecimiento con convenio Modalidad de Libre Elección con FONASA) y el pago por las prestaciones recibidas a partir del momento en que firme este documento aceptando esta modalidad de atención, deberá realizarse mediante la compra de Bonos de Atención de Salud. El monto que deberé pagar por la atención, dependerá de la bonificación fijada por FONASA para las prestaciones que reciba (para mayor información llame a FONASA AYUDA al fono 600-2366272).

2.- Tener conocimiento de las tarifas del establecimiento privado y las diferencias que deberá pagar por aquellas prestaciones que no son totalmente cubiertas por FONASA y que se faculta al establecimiento para cobrar precios superiores, tales como diferencia por Días Cama (hospitalización, Unidad de Intermedio e Unidad de Cuidado intensivo), diferencia por Derecho a Pabellón, profesionales no inscritos en FONASA, medicamentos e insumos, etc.

3.- Acepto continuar mi atención en:

<p>MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO</p>
<p>FIRMA BENEFICIARIO, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR A CARGO</p>

En caso de firma del acompañante o familiar a cargo, completar los siguientes datos:

Nombre del acompañante o familiar a cargo: _____

Rut:

Relación con el paciente:

Fecha: _____ Hora: _____