

DECLARACION DE SALUD

DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO

Empresa: _____ Sucursal: _____

Nombre de Titular: _____ R.U.T.: _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos, así mismo autorizo al medico o cualquier otra institución para que suministre informacion de mi persona o beneficiario invocado en el presente documento a SERMECOOP LTDA.

DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE (use letra imprenta)

Doctor : Para que el paciente pueda obtener el beneficio Sermecoop, agradecemos aportar los siguientes antecedentes.

Nombre del Paciente: _____ Rut. _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Diagnóstico: _____ Fecha Diagnóstico: _____

Detalle Tratamiento y/o Medicamentos: _____

Periodo del Tratamiento: Indique cantidad de Meses (max. 6 meses)

Fecha de Atención ____/____/____

Nombre y Rut del Médico

Especialidad

Firma

Nota: Dejamos constancia que los documentos presentados serán entregados a la Contraloría Sermecoop para su análisis. La entrega del beneficio está sujeta a evaluación.

MESA DE AYUDA 600 655 8000 - Desde celulares 02-27962200
www.sermecoop.cl - info@sermecoop.cl