



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD  
FORMULARIO CAMBIO DE DIRECCION/TELEFONO**

<b>A. RECEPCION</b>		(USO EXCLUSIVO FONASA)	
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FOLIO/Nº CORREL.	<input type="text"/>	DIRECCIÓN ZONAL	<input type="text"/>

<b>B. IDENTIFICACION ENTIDAD:</b>	<b>Nº RUT</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE – RAZÓN SOCIAL -----			
NOMBRE DE FANTASÍA -----			

SOLICITA CAMBIO DIRECCION: CENTRO PRINCIPAL ATENCION	<input type="checkbox"/>	SUCURSAL	<input type="checkbox"/>
SOLICITA CAMBIO DE TELEFONO: CENTRO PRINCIPAL ATENCION	<input type="checkbox"/>	SUCURSAL	<input type="checkbox"/>

**C.-NUEVA DIRECCION Y/O TELEFONOS:**

**CENTRO PRINCIPAL ATENCION**

Calle/Avda.	Nº	Depto	Comuna	Ciudad	Región
-------------	----	-------	--------	--------	--------

Teléfonos:   Correo electrónico

**SUCURSAL (agregue esta información cuando desee inscribir atención en sucursal)**

Calle/Avda.	Nº	Depto	Comuna	Ciudad	Región
-------------	----	-------	--------	--------	--------

Teléfonos:

**D.-AUTORIZACION SANITARIA (solo si corresponde)**

Nombre del Equipo	SEREMI de Salud	Nº Resolución	Fecha	Sucursal
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

En caso de necesidad agregar nomina anexa

**E. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION**

Nombre Director Medico	Firma D.M.	Fecha
Nombre Representante Legal	Firma R.L.	Fecha