



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD  
FORMULARIO AMPLIACION / CIERRE SUCURSALES  
AGREGA / REBAJA PRESTACIONES**

**A. RECEPCION** (USO EXCLUSIVO FONASA)

FECHA     
Día mes año

FOLIO/Nº   
 CORREL.

DIRECCIÓN ZONAL

**B. IDENTIFICACION ENTIDAD:** Nº RUT

NOMBRE – RAZÓN SOCIAL -----

NOMBRE DE FANTASÍA -----

**C.-SOLICITA:** INCORPORACION NUEVA(S) SUCURSAL(ES)  AGREGA  SUSTITUYE

CIERRE SUCURSAL(ES)

**SUCURSALES QUE AGREGA:**

---



---



---



---

**SUCURSALES QUE ELIMINA:**

---



---



---



---

**D. INFORMACION TECNICA**

NOMBRE DIRECTOR MEDICO: \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

NOMBRE DIRECTOR TECNICO: \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

**E.-TIPO ENTIDAD**

Centros Médico General	-----	Centro Psicología	-----
Centros Médico Especialidades	-----	Cirugía Ambulatoria	-----
Centros de Diálisis	-----	Centro Oncológico Ambulatorio	-----
Centro Fonoaudiología	-----	Clínica Privada	-----
Centro Medicina Física y Rehabilitación	-----	Hospital Privado	-----
Centros de Órtesis y Prótesis	-----	Hospital Universitario	-----
Centro de Enfermería Adulto Mayor	-----	Hospital FFAA	-----
Centro Dolor y Tratamiento Paliativo	-----	Mutual Seguridad	-----
Centro Imagenología	-----	Óptica	-----
Laboratorio Clínico	-----	Otra Entidad	-----
Centros de Medicina Nuclear	-----		

**F. NOMINA DE PRESTACIONES DE SALUD** (para nuevas Sucursales y/o nuevas prestaciones)

Sucursal: \_\_\_\_\_

Grupo Arancel	Agrega	Elimina	Subgrupo	Prestaciones		Código de Revisión
				Desde	Hasta	

En caso de necesidad agregar nomina anexa

Sucursal: \_\_\_\_\_

Grupo Arancel	Agrega	Elimina	Subgrupo	Prestaciones		Código de Revisión
				Desde	Hasta	

En caso de necesidad agregar nomina anexa

Sucursal: \_\_\_\_\_

Grupo Arancel	Agrega	Elimina	Subgrupo	Prestaciones		Código de Revisión
				Desde	Hasta	

En caso de necesidad agregar nomina anexa

**G. NOMINA DE EQUIPOS PRINCIPALES:** \_\_\_\_\_ (Para nuevos)

Nombre del Equipo	Marca	Modelo	Año

En caso de necesidad agregar nomina anexa

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

Nombre del Equipo	SEREMI de Salud	Nº Resolución	Fecha	Sucursal

En caso de necesidad agregar nomina anexa

**I.-LICENCIAS OPERACIÓN DE EQUIPOS** (Solo si corresponde)

Nombre del Operador	Licencia N°	Servicio otorga Licencia	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**J.-PLANTA DE PROFESIONALES SALUD**

Nombre	Profesión	Especialidad	RUT	Firma
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

En caso de necesidad agregar nomina anexa

Los profesionales firmantes autorizan a la entidad el cobro de los honorarios profesionales por las prestaciones que ellos realizan

**K. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION**

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