

ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD

Nº
FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

ASEGURADO

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL **PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº _____**

RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
-					
ESTADO PREVISIONAL			GRUPO INGRESO	TELÉFONO	
<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. PENSIONADO					
CALLE	Nº	POBLACIÓN / VILLA	COMUNA	CIUDAD	
RUT PACIENTE	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
-					

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO	GRUPO / NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO							
-									
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DESDE:		DÍA	MES	AÑO	HASTA:	DÍA	MES	AÑO	Nº DIAS:

PROFESIONAL TRATANTE

RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE		
-				
DIAGNÓSTICO		Nº HISTORIA CLÍNICA	FIRMA PROFESIONAL TRATANTE	

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

RECARGO SI <input type="checkbox"/> NIVEL 1ER CIRUJANO <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/> NIVEL ANESTESISTA <input type="text"/>				<table border="1"> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>R.U.T.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1ER CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>2</td><td>ANEST. (MISMO 1ER CIR.)</td><td>-</td></tr> <tr><td>3</td><td>ANEST. (OTRO PROFES.)</td><td>-</td></tr> <tr><td>4</td><td>2DO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>5</td><td>3ER CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>6</td><td>4TO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>7</td><td>5TO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>8</td><td>PABELLÓN</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	ÍTEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.	1	1ER CIRUJANO	-	2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	4	2DO CIRUJANO	-	5	3ER CIRUJANO	-	6	4TO CIRUJANO	-	7	5TO CIRUJANO	-	8	PABELLÓN	-	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA <input type="checkbox"/> 1. MEDICINA <input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA <input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA <input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO <input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA <input type="checkbox"/> 7. OTROS
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.																														
1	1ER CIRUJANO	-																														
2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-																														
3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-																														
4	2DO CIRUJANO	-																														
5	3ER CIRUJANO	-																														
6	4TO CIRUJANO	-																														
7	5TO CIRUJANO	-																														
8	PABELLÓN	-																														
PRESTACIÓN	% COBRO	% PAB.	% ANEST.																													

OTRAS PRESTACIONES

NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-

DIFERENCIAS AUTORIZADAS

DIFERENCIA POR DÍAS CAMA	\$
DEFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$
DEIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES

HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
EQUIPO MÉDICO	\$
ARSENALERA	\$
ANESTESISTA	\$
MATRONA	\$
PEDIATRA	\$
TOTAL	\$

FUNDAMENTO

USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE		
	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR

INSTRUCCIONES DE LLENADO

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO SE DEBE TENER PRESENTE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN LOS LUGARES SEÑALADOS

1. PRIMERA SECCIÓN:

- Modalidad: Marcar Libre Elección.
- Fecha: La fecha en que se llena el formulario.
- Programa complementario al N°: Indicar número de programa anterior, sólo si es complementario de otro.

2. SECCIÓN ASEGURADO:

PRIMERA LÍNEA: Identificar con RUT, apellidos y nombres del afiliado.

SEGUNDA LÍNEA: Estado previsional y grupo de ingreso a llenar por personal de Fonasa.
Teléfono del afiliado si lo posee.

TERCERA LÍNEA: Identificar al paciente asegurado con RUT, apellidos, nombres, edad y sexo sea éste carga del afiliado o el mismo afiliado.

3. SECCIÓN ESTABLECIMIENTO:

PRIMERA LÍNEA: Identificar con RUT, nivel y nombre (razón social), el establecimiento donde se realizarán las prestaciones, aún cuando no esté inscrito en Fonasa.

Solamente no llenar en atención ambulatoria.

SEGUNDA LÍNEA: Fecha de hospitalización o tratamiento, corresponde indicar día, mes y año en que se inicia y termina un tratamiento o período de hospitalización y el número de días que eso significa. Esta cantidad de días debe coincidir exactamente con el total de días cama en caso de hospitalización, y en ningún caso puede ser superior a 31 días.

4. SECCIÓN PROFESIONAL TRATANTE:

PRIMERA LÍNEA: Identificar RUT, nivel, nombres y apellidos del profesional tratante, aún cuando no esté inscrito en Fonasa.

SEGUNDA LÍNEA: Anotar diagnóstico y número de ficha clínica del paciente.

El profesional tratante debe firmar en el recuadro diagnosticado a tal fin.

5. SECCIÓN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Indicar si la intervención tiene o no recargo de horario, según lo establece el artículo 2° de la Res. Ext. N° 1271/95 MINSAL.

- Indicar nivel del primer cirujano y del anestesista, salvo que la intervención sea otorgada por una institución acreditada, situación en la cual indicará el nivel de dicha institución.

- En prestación, consignar códigos de las intervenciones realizadas.

- En descripción marcar integrantes del equipo quirúrgico y RUT de cada uno de los profesionales que efectivamente otorgan la atención.

En caso que la intervención sea otorgada por una institución acreditada para ese efecto, consignar RUT de tal institución en todos los ítems.

- Marcar especialidad del programa.

6. SECCIÓN OTRAS PRESTACIONES:

- Indicar código de las prestaciones, cantidad horario y descripción de cada una de ellas.

- Consignar nivel y RUT de los prestadores que otorgan cada una de las prestaciones, con excepción de las prestaciones que otorga la institución acreditada para ese efecto, situación en la cual se indica el nivel y el RUT de la institución.

7. SECCIÓN COBRO DE DIFERENCIAS AUTORIZADAS:

- Este cuadro será llenado por la institución y en ella deberá consignar las diferencias a cancelar por el beneficiario por concepto de días cama y derecho de pabellón, según tarifas informadas al Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido por el D.S. 369 Artículo 53 y Resol. Ext. 4f/N° 346/92. Asimismo deberá registrar el diferencial por insumos o materiales clínicos y medicamentos.

8. SECCIÓN COBRO DE HONORARIOS PARTICULARES:

- Cuando en una intervención o procedimiento participan profesionales no inscritos en el Fondo Nacional de Salud podrán cobrar sus honorarios en forma particular debiendo ser consignados en esta sección.

9. SECCIÓN FUNDAMENTOS:

- El recuadro destinado a fundamento será llenado por el médico tratante en todos los casos que la normativa lo exija. El médico tratante y el médico auditor respaldarán este fundamento con su firma y timbre.

NOTAS ACLARATORIAS:

* Las prestaciones valorizadas en un programa de atención de salud pueden ser otorgadas por profesionales, sociedades de profesionales, u otras instituciones inscritas en el rol de prestadores del Fondo Nacional de Salud, que estén acreditados para realizar la prestación especificada.

* Se considera profesional que otorga la prestación, aquel que estando inscrito en el rol de prestadores, la realiza y por lo tanto está en condiciones para cobrar los honorarios correspondientes según arancel.

* Institución que otorga la prestación es aquella que está inscrita en el rol de prestadores, cuenta con profesionales idóneos contratados para realizar la prestación valorizada y por lo tanto está en condiciones de cobrarla institucionalmente.