



1.- DECLARACION MEDICA

ESTIMADO DOCTOR

PARA PERMITIR A VUESTRO PACIENTE HACER USO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGUROS DE SALUD, SOLICITAMOS NOS APORTE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION	FECHA 1ª CONSULTA

DIAGNOSTICO ACTUAL	FECHA DE DIAGNOSTICO

BREVE ANAMNESIS: SE REQUIERE DETALLAR ELEMENTOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA PARA ADECUADA EVALUACION:

USAR EN CASO DE EMBARAZO

N° DE SEMANAS	F.U.R.

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS

FECHA DE ALTA	HOSPITAL Y/O CLINICA DONDE FUE ATENDIDO	N° HISTORIA Y/O FICHA CLINICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	RUT PROFESIONAL

FIRMA MEDICO	FONO CONSULTA	FECHA DE ATENCION

2.- DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO	RUT ASEGURADO

SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO	FECHA 1° SINTOMAS	SISTEMA DE SALUD

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA

1 POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y FACULTO IRREVOCABLEMENTE A CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS DE VIDA S.A., PARA QUE REQUIERA O SOLICITE TODA LA INFORMACIÓN SOBRE MIS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, COMO TAMBIÉN A LOS MÉDICOS Y/O INSTITUCIONES PARA QUE SUMINISTREN A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN COMPLETA O COPIAS DE SUS ARCHIVOS, A OBJETO DE ANALIZAR ESTA RECLAMACIÓN.

 FIRMA TITULAR (1)

