

F O S S A P
FORMULARIO DE INFORME A LA COMISIÓN MÉDICA
CUENTA 2 "OTRAS PRESTACIONES"

PARA SER RESPONDIDO POR EL TITULAR DEL FONDO

NOMBRE DEL POSTULANTE AL
BENEFICIO

FECHA DE NACIMIENTO

RUT

NOMBRE DEL TITULAR (Pensionado)

DOMICILIO

COMUNA

TELEFONO

Nº CUENTA PENSIONADO

RUT

AUTORIZO AL MÉDICO TRATANTE POR EL DIAGNÓSTICO QUE ME AFECTA, COLOCAR EN EL PRESENTE INFORME MÉDICO, TODOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y PERTINENTES DE LA ENFERMEDAD, SEÑALANDO LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

PARA SER RESPONDIDO POR EL MÉDICO TRATANTE

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL
POSTULANTE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO
PRINCIPAL (CONFIRMADOS)

TIEMPO DE ESTIMACIÓN DEL GRADO DE LIMITACIÓN PSICO-FÍSICA

INDICAR SI ES AUTOVALENTE SI NO

COMUNICACIÓN VERBAL SI NO

DE AMBULACIÓN SI NO

TRATAMIENTOS REQUERIDOS (INDISPENSABLE A LLENAR EN SU TOTALIDAD POR EL MÉDICO TRATANTE)

ETIOLÓGICO	SINTOMATOLÓGICO
REHABILITACIÓN	EDUCACIONAL
OTROS	

MEDICACIÓN NECESARIA PERMANENTE (CORRESPONDIENTE A DIAGNÓSTICO, NOMBRE DE LOS FÁRMACOS) EXÁMENES U OTROS PROCEDIMIENTOS CON EL TOTAL MENSUAL SOLICITADO

NOMBRE DE MÉDICO INFORMANTE

ESPECIALIDAD

Nº DE EMPLEADO (SI CORRESPONDE)

Nº R.C.M.

FIRMA

FECHA

DE RESPONSABILIDAD DEL OFICIAL DE SANIDAD DE LA ESCUADRILLA O DEL MÉDICO CONTRALOR DEL CEAFOS

1. VERIFICAR QUE LA DOCUMENTACIÓN ESTE COMPLETA.
2. DETERMINAR SI LA PATOLOGÍA CORRESPONDE SER ANALIZADA POR COMISIÓN MÉDICA.

FECHA

NOMBRE Y FIRMA

- ADJUNTAR FOTOCOPIA 3 ÚLTIMAS LIQUIDACIONES DEL PENSIONADO.
- ADJUNTAR COTIZACIÓN Y RECETA DE LOS MEDICAMENTOS INDICADOS.
- ADJUNTAR CERTIFICADO DE EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO EN LOS CASOS DE BENEFICIARIOS QUE REPOSTULAN AL FOSSAP CUENTA Nº 2.

ENTREGAR EN EL DEPTO. DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO-CEAFOSS BULNES 377 - 8º PISO - OFICINA 805 FONO: 2976 2570 / 2976 2575.