FUERZA AÉREA DE CHILE

COMANDO DE PERSONAL

HOSPITAL CLÍNICO

“GRAL. DR. RAÚL YAZIGI J.”

**SOLICITUD DE PRESUPUESTO**

1. DATOS DEL PACIENTE

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA SOLICITUD |  |
| NOMBRE PACIENTE |  |
| EDAD |  |
| CÉDULA DE IDENTIDAD |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| MÉDICO TRATANTE |  |
| PROCEDIMIENTO |  |
| DIAGNÓSTICO (CÓDIGO CIE 10) |  |
| PREVISIÓN |  |
| OBSERVACIONES |  |

1. PRESTACIONES

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO PROCEDIMIENTO | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. MEDICAMENTOS E INSUMOS

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. DÍA CAMA

|  |  |
| --- | --- |
| DÍA CAMA | CANTIDAD DE DÍAS |
| PENSIONADO |  |
| SALA COMUN |  |
| SALA COMÚN GINECOLOGIA |  |
| PENSIONADO GINECOLOGIA |  |
| AMBULATORIO |  |
| TRANSITORIO |  |
| SERVICIO INTERMEDIO |  |
| UCI / UNIDAD CORONARIA |  |
| CAMA NEONATOLOGÍA |  |
| UCI NEONATOLOGIA |  |
| INTERMEDIO NEONATOLOGIA |  |

Nombre y firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_