



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO ATENCIÓN ABIERTA**

A. RECEPCION		(USO EXCLUSIVO FONASA)	
FECHA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INSCRIPCION	<input type="checkbox"/>
	Día mes año	REACTIVACION	<input type="checkbox"/>
FOLIO/Nº CORREL.	<input type="text"/>	DIRECCIÓN ZONAL	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/>

B. IDENTIFICACION ENTIDAD:	Nº RUT	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
NOMBRE - RAZÓN SOCIAL -----				
NOMBRE DE FANTASÍA -----				
CENTRO PRINCIPAL ATENCION				
<input type="text"/>				
Calle/Avda.	Nº	Depto	Comuna	Región
SUCURSAL (agregue esta información cuando desee inscribir atención en sucursal)				
<input type="text"/>				
Calle/Avda.	Nº	Depto	Comuna	Región

C. INFORMACION TECNICA			
NOMBRE DIRECTOR MEDICO:	_____	RUT	_____
NOMBRE DIRECTOR TECNICO:	_____	RUT	_____
D.-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	-----		
Centro Dental	-----		
Consulta Dental	-----		

E. NOMINA DE PRESTACIONES DE SALUD

Sucursal: _____

Grupo Arancel	Subgrupo	Prestaciones		Código de Revisión
		Desde	Hasta	

En caso de necesidad agregar nomina anexa

Sucursal: _____

Grupo Arancel	Subgrupo	Prestaciones		Código de Revisión
		Desde	Hasta	

En caso de necesidad agregar nomina anexa

F. NOMINA DE EQUIPOS PRINCIPALES - SUCURSAL: _____

Nombre del Equipo	Marca	Modelo	Año

En caso de necesidad agregar nomina anexa

G.-AUTORIZACION SANITARIA (solo si corresponde)

Nombre del Equipo	SEREMI de Salud	Nº Resolución	Fecha	Sucursal

En caso de necesidad agregar nomina anexa

H.-LICENCIAS OPERACIÓN DE EQUIPOS (Solo si corresponde)

Nombre del Operador	Licencia Nº	Servicio otorga	Fecha

		Licencia	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

I.-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

J. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION

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

