



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO ATENCION CERRADA**

A. RECEPCION (USO EXCLUSIVO FONASA)

FECHA INSCRIPCION NIVEL ATENCION
Día mes año

FOLIO/Nº REACTIVACION
 CORREL. DIRECCIÓN ZONAL

B. IDENTIFICACION ENTIDAD: N° RUT

NOMBRE – RAZÓN SOCIAL _____

NOMBRE DE FANTASÍA _____

C. INFORMACION DE COBROS

Salas Procedimiento: SI NO Cobro Derecho Pabellón: SI NO

Cobro Días Cama: SI NO

Código de Cobranza (indicar: 9 si es 1ª categoría y 8 si es 2ª categoría)

D. INFORMACION TECNICA (Direcciones Médicas)

Nombre Director Médico: _____ RUT _____

E.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Clínica Privada	-----	Hospital Privado	-----
Hospital Universitario	-----	Hospital Público (pensionado)	-----
Hospital FFAA	-----	Mutual de Seguridad	-----
Instituto de Seguridad	-----	Otro -----	

F. 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

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 (De Instalación y Funcionamiento de Servicios Principales)

Nombre del Equipo	SEREMI de Salud	Nº Resolución	Fecha	Sucursal

H.-PLANTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL: _____

Nombre	Profesión	Especialidad	RUT	Firma
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

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