



SOLICITUD DE REEMBOLSO FONDO AYUDA MÉDICA

DATOS DEL FUNCIONARIO

NOMBRE FUNCIONARIO: _____ FIRMA: _____
 RUT: _____ ANEXO: _____ ISAPRE: _____
 E-MAIL: _____ FONOS PARTICULARES: _____

USO EXCLUSIVO MÉDICO

FECHA ATENCIÓN

(Debe ser llenado de puño y letra del médico)

--	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____
 DIAGNÓSTICO: _____
 EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS: _____
 NOMBRE MÉDICO: _____ FIRMA: _____ FONOS: _____
 INTERCONSULTA A: _____ NÚMERO DE SESIONES: _____
 DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

MEDICAMENTOS A PERMANENCIA (Señalar)

MEDICAMENTO(S): _____ DOSIS: _____ DURACIÓN: _____

USO EXCLUSIVO FONDO DE AYUDA MÉDICA

	PRESTACIONES HOSPITALARIAS	GASTO TOTAL	ISAPRE/FONASA
1	DÍA CAMA		
27	DÍA CAMA UCI		
2	SERVICIO HOSPITALARIO		
3	HONORARIOS MÉDICOS		
48	CESÁREA		
4	PARTO NORMAL		
20	OTROS		
	PRESTACIONES AMBULATORIAS	GASTO TOTAL	ISAPRE/FONASA
6	CONSULTA MÉDICA		
7	EXÁMENES		
8	MEDICAMENTOS		
11	OTROS		
13	TRATAMIENTO		
15	LENTES		
22	CONTROL GINECOLÓGICO		
24	CIRUGÍA MENOR		
99	RELIQUIDACIÓN		
38	PSICOTERAPIA		
55	BONIFICACIÓN DENTAL		

OBSERVACIONES: