

N° DE SOLICITUD

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC Y GES-CAEC**

**Antecedentes del afiliado o beneficiario**

Nombre del afiliado: _____		Rut del afiliado: _____	
Nombre del paciente: _____		Rut del paciente: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Teléfono fijo: _____		Celular: _____	
Diagnóstico GES: _____			
Diagnóstico CAEC: _____			
Tratamiento a seguir: _____			
Médico tratante: _____		Especialidad: _____	
Institución: _____			
Hospitalizado:	SI _____	Desde _____ / _____ / _____	Hasta _____ / _____ / _____
	NO _____		
	Institución: _____		
Fue Traslado:	SI _____	Desde/Hasta: _____	
	NO _____		

**Identificación del representante**

Nombre: _____	
Rut: _____	Relación: _____
Teléfono fijo: _____	Celular: _____

**IMPORTANTE:**

ISALUD Isapre de Codelco Ltda. informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar a más tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el formulario N° 2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento: \_\_\_\_\_

Firma

Agencia: _____	Fecha recepción: _____ / _____ / _____
Funcionario receptor: _____	Hora de recepción: ____: ____: ____