

# Solicitud de incorporación a la red cerrada de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas CAEC y GES-CAEC

Formulario N°1

N° solicitud \_\_\_\_\_

## A. Antecedentes del Afiliado o Beneficiario

Nombre afiliado \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Diagnóstico GES \_\_\_\_\_

Diagnóstico CAEC \_\_\_\_\_

Tratamiento a seguir \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Hospitalizado Sí  No  Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Fue trasladado Sí  No  Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## B. Identificación del representante

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### Importante

Isapre Esencial, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir solo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de atenciones CAEC o GES - CAEC" documento que estrá a su disposición o de su familiar responsable 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 recepción \_\_\_\_\_