



## LEY RICARTE SOTO

### DATOS BENEFICIARIOS

<b>RUT:</b>	<b>FICHA:</b>
<b>NOMBRES</b>	
<b>APELLIDO PATERNO</b>	
<b>SEXO:</b>	<b>EDAD GESTACIONAL: SEMANAS ____ ; DÍAS ____.</b>
<b>PREVISIÓN: ISAPRE ____; FONASA ____; OTRO ____.</b>	
<b>PAIS DE ORIGEN</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	

<b>REGION:</b>	<b>COMUNA:</b>
<b>DIRECCION</b>	

**CONTACTO:** \*Debe ingresar teléfono fijo o móvil (es obligatorio llenar a lo menos uno de los dos)

<b>TELEFONO FIJO</b>
<b>TELEFONO MOVIL</b>
<b>CORREO</b>

**REQUISITOS ADMINISTRATIVOS (marcar con una x si ha cumplido lo requerido según previsión)**

	<b>ISAPRE</b>
<b>INSCRIPCIÓN EN SU SISTEMA DE SALUD</b>	
<b>CERTIFICADO DE AFILIACIÓN</b>	

	<b>FONASA</b>
<b>INSCRIPCIÓN EN SU SISTEMA DE SALUD</b>	

**TUTOR DEL BENEFICIARIO:**

<b>RUT DEL BENEFICIARIO:</b>
<b>APELLIDOS PATERNO:</b> _____ <b>MATERNO:</b> _____
<b>NOMBRES</b>
<b>CORREO</b>
<b>TELÉFONO (CELULAR):</b>

**EVALUACION CLINICA**

**¿PACIENTE CARDIOPATA?** \_\_\_\_\_. **¿POSEE HERMANO GEMELO?:** \_\_\_\_\_.

<b>FECHA DE EVALUACION:</b>	<b>FECHA PROBABLE DE ALTA:</b>
<b>HOSPITALIZADO:</b> _____	