

Declaración de Salud - Cx Bariátrica y Tratamiento Farmacológico Obesidad
1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA	SUCURSAL / CENTRO DE COSTO

2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	SISTEMA SALUD	FECHA INGRESO EMPRESA
F M		FONASA: ISAPRE: ¿CUÁL?:	

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a SERMECOOP LTDA. para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de algunos de mis cargos, si es el caso) y autorizo a los médicos o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria, o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.

3. DECLARACIÓN DE MÉDICO TRATANTE

(Favor use letra imprenta)

Nombre del Paciente: _____

RUT: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Diagnóstico (Precisar día, mes y año): _____

Fecha de primer diagnóstico de obesidad: _____

Método de Diagnóstico: _____

Se trató con fármacos: Si _____ No _____ Periodo del Tratamiento: _____ Indique cantidad de meses (max. 6 meses)

Detalle tratamiento y objetivo de este: _____

(Adjuntar copia de los exámenes relacionados con el diagnóstico)

El paciente presenta alguna patología asociada al diagnóstico principal (favor agregar fecha de diagnóstico): _____

El paciente consultó anteriormente, con otro profesional, por la patología relacionada a la que se está tratando ahora:

Si _____ No _____ Fecha: _____

Indique nombre y especialidad del médico que lo derivó: _____

4. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
ESPECIALIDAD	FIRMA MÉDICO	FECHA DE ATENCIÓN	

NOTA: Dejamos constancia que los documentos presentados serán entregados a la Contraloría SERMECOOP Ltda. para su análisis. La entrega del beneficio está sujeta a evaluación, cuya cobertura será evaluada bajo los siguientes parámetros: A) IMC mayor a 35 y patologías asociadas. B) IMC >40.

Para evaluar la cobertura correspondiente a Cirugía Bariátrica, debe adjuntar los siguientes antecedentes: **1) Evaluación Psiquiátrica. 2) Evaluación Nutricional. 3) Evaluación Medicina Interna.**

FIRMA TITULAR

TIMBRE SERMECOOP