

ANEXO N°1
CONVENIO FONASA- FUNDACION PRO DIGNITATE HOMINIS
ORDEN DE ATENCION N° _____

____ de _____ del 20__

Sres. Fundación Dignitate Hominis, agradeceré a ustedes, tengan a bien otorgar atención al paciente beneficiario de FONASA identificado a continuación, en el marco del Convenio suscrito y vigente con el Fondo Nacional de Salud:

ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre completo: _____

R.U.T: _____ Sexo F M

Edad _____

Grupo de Salud _____ N° Folio Certificador _____

Dirección _____

Comuna _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Número Ficha Hospital: _____

Diagnóstico _____

Prestación Solicitada _____

ESTABLECIMIENTO DERIVADOR

Servicio de Salud _____

Hospital _____

Médico Responsable _____

Teléfono _____ Fax _____

E-Mail _____

ESTABLECIMIENTO DESTINO

Establecimiento destino: Fundación Pro Dignitate Hominis

Fecha de atención _____