**ANEXO 2**

**SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS POR REINGRESO**

Solicito reingreso de atenciones, en relación a Accidente \_\_\_\_\_\_\_\_o Enfermedad\_\_\_\_\_\_\_\_ denunciado en ISL el pasado (dd/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por patología: [ ]  Salud mental [ ] Musculo-esquelética [ ] Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Secuela de accidente

Motivo del reingreso (detalle de síntomas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

|  |
| --- |
| **PARA EL SOLICITANTE**1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

**SUCURSAL**1. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.2. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada. |

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I/RUT: