

## FORMULARIO DE REEMBOLSO MÉDICO PARA PRESTADORES NO EN CONVENIO CON EL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL

### DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del/la paciente:

Edad:

**Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta):**

Fecha de Atención




Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta




Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad




#### Tratamiento e Indicaciones Médicas:

Tratamiento Prolongado o a permanencia

SI

NO

**Detallar tipo de tratamiento:**

#### Indicación de exámenes durante la atención médica

PCR para COVID-19 Sí  NO  Rx de Tórax Sí  NO  Otros Exámenes:

Medicamentos (dosis, frecuencia y duración tratamiento):

#### Hipótesis diagnóstica:

Indicación de Reposo Laboral

SÍ

NO

Folio N°

Fecha inicio




Total días de reposo

Nombre del/la Médico:

RUT:

Especialidad del/la Médico:

Fono:

Firma:

## DECLARACIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A (Uso exclusivo trabajador/a)

| Nombre:   |              | Rut:               |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
|---|--------------|--------------------|--|--------------------------------|--------------|-----------------|--|----------|--|----------------------------------|--|---------------------------|--|
| Síntomas que originaron la visita al médico:  |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| <p>Por este medio, certifico que los datos aportados son verdaderos y autorizo al Instituto de Seguridad Laboral, a través de sus unidades de prestaciones médicas a solicitar a la presente Institución de Salud y/o médico tratante, mayor información de los antecedentes médicos referidos en este documento. Declaro conocer que el presente reembolso sólo aplicará para la primera atención por sospecha de COVID-19 y/o indicaciones (exámenes y receta médica) prescritas en esta, posteriormente, de ser necesario, continuaré las atenciones en los prestadores médicos en convenio del ISL.</p> |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| <table border="1"><thead><tr><th>Boleta por (marque con una X):</th><th>Valor Boleta</th></tr></thead><tbody><tr><td>Atención médica</td><td></td></tr><tr><td>Exámenes</td><td></td></tr><tr><td>Medicamentos durante la atención</td><td></td></tr><tr><td>Medicamentos ambulatorios</td><td></td></tr></tbody></table>   |              |                    |  | Boleta por (marque con una X): | Valor Boleta | Atención médica |  | Exámenes |  | Medicamentos durante la atención |  | Medicamentos ambulatorios |  |
| Boleta por (marque con una X):  | Valor Boleta |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| Atención médica   |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| Exámenes  |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| Medicamentos durante la atención  |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| Medicamentos ambulatorios   |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| <p><b>IMPORTANTE El reembolso se hará efectivo una vez comprobados los datos de afiliación al Instituto de Seguridad Laboral y los criterios establecidos para esto. Todas las boletas por gastos de atención médica, ya sea, consulta médica, exámenes y medicamentos, deberán ser presentados en sus formatos originales. Las boletas por concepto de medicamentos, deben adjuntar la receta emitida durante la atención médica y aquellos medicamentos administrados durante la atención clínica, deberán estar registrados en la presente declaración del médico tratante.</b></p>                      |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
| Firma del trabajador/a:   |              | Fecha presentación | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |
|   |              |                    |  |                                |              |                 |  |          |  |                                  |  |                           |  |