



**SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
 DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
 CAEC Y GES-CAEC**

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado	_____	Rut del Afiliado	_____	
Nombre del Paciente	_____	Rut del Paciente	_____	
Domicilio	_____		Ciudad	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.	_____	
		Celular	_____	
Diagnostico Ges	_____			
Diagnostico Caec	_____			
Tratamiento a Seguir	_____			
Médico Tratante	_____	Especialidad	_____	
Institución	_____			
Hospitalizado	SI	Desde:	_____	
	NO	Hasta:	_____	
	Institución	_____		
Fue Traslado	SI	Desde / Hasta	_____	
	NO	_____		

Identificación del Representante

Nombre	_____		
Rut	_____	Relación	_____
Teléfonos Casa	_____	Teléfono Of.	_____
		Celular	_____

IMPORTANTE:

Isapre Consalud S.A., Informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación de la Red Cerrada de atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a más tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El Afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N° 2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____

Firma

Agencia:	_____	Fecha de Recepción:	_____
Funcionario	_____	Hora de Recepción:	_____