



FOLIO Nº _____

FECHA _____

ORDEN DE ATENCIÓN OBLIGATORIA (Garantía)

Se Debe Presentar Para Atención Accidentes Cortopunzantes y/o exposición a Fluidos Corporales

Señores:

En conformidad al servicio solicitado por ustedes, les agradeceremos otorgar atención médica a la persona identificada en el siguiente recuadro.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:.....

RUT:.....

LUGAR DEL ACCIDENTE:.....

RELATE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOMBRE, RUT y FIRMA
RESPONSABLE QUE SOLICITA ATENCION

FIRMA PACIENTE

LOS GASTOS ORIGINADOS POR CONCEPTO DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS E INSTITUCIONALES QUE DEMANDE LA ATENCIÓN A ESTE PACIENTE, SERÁN CANCELADOS DIRECTAMENTE POR:

EMPRESA: Sociedad de Desarrollo Tecnológico de la Universidad de Santiago de Chile
RUT. : 78.172.420-3
REPRESENTANTE LEGAL
DIRECCION: Av. Libertador O’Higgins 1611. Estación Central. Santiago
TELEFONO: 27183531

ESTA ORDEN DE ATENCIÓN AUTORIZA EXPRESAMENTE A MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA C.CH.C, PARA REALIZAR ATENCIÓN A EL O A LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE, QUE SUFRAN ACCIDENTES CORTOPUNZANTES.

ESTE DOCUMENTO RESPALDA EL COBRO DE “ATENCIÓN DE URGENCIA EN MUTUAL DE SEGURIDAD”
NOTA: EN EL EVENTO QUE EL PACIENTE REQUIERA ATENCIONES POSTERIORES A LA PRIMERA, MUTUAL DE SEGURIDAD DEBERÁ SOLICITAR UNA NUEVA ORDEN DE ATENCIÓN.