



FOLIO Nº _____

FECHA _____

ORDEN DE ATENCIÓN OBLITARORIA (Garantía)

Se Debe Presentar Para Atención Accidentes Cortopunzantes

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.....

JEFATURA.....

RUT.....

RAZON SOCIAL.....

DIRECCION.....

TELEFONO.....

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 UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, QUE SON ATENDIDOS POR 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 ATENCIÓN, MUTUAL DE SEGURIDAD, DEBE SOLICITAR UNA NUEVA CARTA DE RESGUARDO.