

## ORDEN DE ATENCIÓN

Señores:

En conformidad al contrato celebrado con Ustedes, les agradeceremos otorgar las prestaciones de salud que se indican a la persona identificada en el recuadro.

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		
NOMBRE:.....		
RUT:.....	EDAD:.....	
DOMICILIO: .....	CIUDAD:.....	TELÉFONO:.....
FECHA:.....	HORA:.....	
SINTOMATOLOGÍA (EN CASO DE ENFERMEDAD): .....		
LUGAR DEL ACCIDENTE (TRABAJO – OFICINA):.....		
RELATE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

---

### NOMBRE Y RUT

### RESPONSABLE QUE SOLICITA ATENCION

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

<b>EMPRESA</b>	<b>CENTRO DE FORMACIÓN TÉCNICA ENAC.</b>
<b>JEFATURA</b>	<b>Michelle Matthey M.; Varina Villarroel C.</b>
<b>RUT</b>	<b>72067800-4</b>
<b>RAZON SOCIAL</b>	<b>Centro de Formación Técnica de establecimientos nacionales de educación Caritas Chile.</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>Av. Libertador Bernardo O'Higgins 2182, Santiago.</b>
<b>TELEFONO</b>	<b>22473800</b>

ESTE DOCUMENTO RESPALDA EL COBRO DE "PRIMERA ATENCION DE URGENCIA", NOTA: EN EL EVENTO QUE EL PACIENTE REQUIERA "HOSPITALIZACIÓN" Y/O ATENCIONES POSTERIORES, MUTUAL DE SEGURIDAD DEBE SOLICITAR UNA NUEVA ORDEN DE ATENCIÓN.