

Ficha de Ingreso de Denuncio

Activación de cobertura · Asistencia Oncológica

USO INTERNO

N° de caso: _____

Fecha recepción: ____/____/____

Canal: ☐ Correo ☐ Presencial ☐ Telefono

Complete esta ficha con letra clara y envíela junto con los documentos indicados en la sección 5. Con esta información nuestro equipo podrá revisar su solicitud de la forma más rápida posible. Si tiene dudas al completarla, contáctenos y le ayudaremos.

1 Datos del beneficiario (persona diagnosticada)

Nombre completo		RUT	
Fecha de nacimiento	Teléfono móvil	Correo electrónico	
Dirección		Comuna	Región
Previsión de salud ☐ FONASA ☐ Isapre (indicar): _____ ☐ Otra: _____			

2 Datos del contratante (completar solo si es distinto del beneficiario)

Nombre completo		RUT	
Relación con el beneficiario	Teléfono móvil	Correo electrónico	

3 Datos de quien realiza el denuncia (completar solo si es un tercero)

Nombre completo		RUT	
Relación con el beneficiario	Teléfono móvil	Correo electrónico	

Si el denuncia lo realiza un tercero, debe adjuntar poder simple firmado por el beneficiario y copia de la cédula de identidad de quien realiza el trámite.

4 Antecedentes del diagnóstico

Diagnóstico informado (según biopsia)			
Fecha de toma de la biopsia		Laboratorio o institución que emitió el informe	
Fecha de la primera consulta médica por este motivo		Fecha de inicio de síntomas (aproximada)	
Médico tratante	Especialidad	Centro de salud	
¿Ha iniciado tratamiento? ☐ No ☐ Sí → Tipo: ☐ Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Otro: _____ Lugar donde se realiza el tratamiento: _____			
Observaciones o información adicional que desee compartir			

5 Documentos adjuntos (marque los que envía)

✓	Documento	Condición
☐	Informe histológico (resultado de la biopsia) firmado por médico anatomopatólogo	Obligatorio
☐	Copia de cédula de identidad del beneficiario, por ambos lados	Obligatorio
☐	Esta ficha completa y firmada	Obligatorio
☐	Exámenes de apoyo diagnóstico (imágenes, marcadores, inmunohistoquímica)	Recomendado
☐	Orden o solicitud de la biopsia	Recomendado
☐	Poder simple y copia de cédula del representante	Solo si denuncia un tercero
☐	Documento que acredite el vínculo con el contratante	Solo si es carga no registrada

6 Declaración y autorización

Declaro que la información entregada en esta ficha es verdadera y completa, y que los documentos adjuntos son copia fiel de sus originales.

Autorizo a IRAM Asistencia y a su equipo de **Contraloría Médica** a revisar los antecedentes clínicos entregados y, si fuese necesario, a solicitar información complementaria a los prestadores de salud que me han atendido, con el único fin de evaluar la activación de la cobertura de la Asistencia Oncológica. Esta información será tratada de forma confidencial, conforme a la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Medio preferido de contacto: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono

Firma del beneficiario o representante

Nombre y RUT de quien firma

Fecha