INFORME COMPLEMENTARIO SANNA

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley Nº21.063.

Otorgamiento de permiso SANNA

Nº S –

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

IC.1 PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR(A)

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)

INFORMACIÓN DEL MENOR

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

DÍA MES AÑO — FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | M o F — SEXO

COMUNA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL MENOR | DÍA MES AÑO — FECHA DEL INFORME | FIRMA DEL TRABAJADOR(A)

SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO

Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:

- 1. TRANSFERENCIA BANCARIA (Completar la siguiente información)
  - NOMBRE DEL BANCO:
  - TIPO DE CUENTA: CORRIENTE AHORRO VISTA RUT
  - NÚMERO DE CUENTA:
- 2. CHEQUE NOMINATIVO
- 3. ORDEN DE PAGO
- 4. EFECTIVO

EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO

1 = SI
2 = NO

FECHA PRESENTACIÓN (DÍA MES AÑO) | Nº DE DÍAS TRASPASO

RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS: –

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA:
(Dónde se presentó carta aviso)

NÚMERO FORMULARIO DE TRASPASO:
(Asignado donde se presentó el aviso)

Doble hasta aquí para proteger información sensible (asocia da a contingencia y diagnóstico) y cubra con cinta adhesiva transparente

IC.2 PARA SER LLENADO POR PROFESIONAL TRATANTE:

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

SELECCIONE CONTINGENCIA POR LA CUAL SE EXTIENDE EL PERMISO SANNA (MARQUE CON UNA X), COMPLETANDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA:

A. CÁNCER

ETAPAS
- SOSPECHA:
- CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA:
- TRATAMIENTO:
- SEGUIMIENTO:
- RECIDIVA:

B. TRASPLANTE

ÓRGANO SÓLIDO — FECHA DEL TRASPLANTE (DÍA MES AÑO)

- TRASPLANTE EFECTUADO, CON FECHA:
- NO SE HA EFECTUADO EL TRASPLANTE
  - Menor inscrito en Registro Nacional de potenciales receptores de órganos (debe acreditar con certificado de Coordinadora Nacional de Trasplante)
  - En estudio donante vivo

PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS — FECHA DEL TRASPLANTE (DÍA MES AÑO)

Doble desde aquí

C. FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA

* Debe acompañar Informe escrito favorable emitido por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo.

FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA

D. ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

* Sólo podrá otorgarse a partir del día undécimo de ocurrido el accidente.

FECHA DEL ACCIDENTE (DÍA MES AÑO)

Circunstancias en que se produjo el accidente y fundamentos clínicos y/o de laboratorio o imagenología

Evolución y tratamientos médicos o quirúrgicos. Resultados obtenidos

E. ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS

Diagnóstico y evolución de la enfermedad grave que presenta el niño o niña

FECHA DE INGRESO A UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN (DÍA MES AÑO)

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

1 = Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
2 = Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI)

FECHA DEL INFORME (DÍA MES AÑO) | FIRMA DEL PROFESIONAL