

DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

C.I.:	<input type="text"/>	Institución:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	Apellido:	<input type="text"/>
Vinculación con el médico beneficiario (en caso de ser familiar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hijo/a	Cónyuge	Otros

SOLICITUD DEL BENEFICIARIO DE SEMI

Sr. Presidente del Consejo Directivo de SEMI:

Presente.-

De mi mayor consideración:

De conformidad con lo establecido en el Reglamento de 20 de noviembre de 2015, solicito a SEMI cobertura financiera con cargo al Fondo de Asistencia Médica de la patología que refiero a continuación:

Marcar con una cruz motivo de la solicitud: Estudio Diagnóstico Tratamiento

Patología:	<input type="text"/>
Detallar tipo de estudio y/o tratamiento solicitado:	<input type="text"/>
Lugar de realización del estudio o tratamiento:	<input type="text"/>
Nivel técnico y científico del centro asistencial:	<input type="text"/>
Profesional/es que realizará/n el estudio o tratamiento:	<input type="text"/>
Competencia del/los profesional/es en la especialidad:	<input type="text"/>
Bibliografía disponible:	<input type="text"/>
Costos estimados (en caso de ser conocidos):	<input type="text"/>

Presento, junto a este formulario, el informe del médico tratante (VER ANEXO) y una copia completa de la historia clínica.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (No Rúbrica):	<input type="text"/>
Aclaración de la firma:	<input type="text"/>

RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución:	<input type="text"/>	Fecha Recibido:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fecha Resolución:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

Informe del médico tratante con expresión de razones y fundamentos por los que solicita el estudio o tratamiento:

EFICACIA RECONOCIDA DEL PROCEDIMIENTO DE ACUERDO CON CRITERIOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Firma del médico tratante (No
Rúbrica):

Aclaración de la firma:

Número de teléfono: