

**DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI**

Nombre:  Apellido:   
C.I.:  Teléfono Móvil:   
Email:  Institución:   
Vinculación con el médico beneficiario (en caso de ser familiar):  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:

Detallar tipo de estudio y/o tratamiento solicitado:

Lugar de realización del estudio o tratamiento:

Nivel técnico y científico del centro asistencial:

Profesional/es que realizará/n el estudio o tratamiento:

Competencia del/los profesional/es en la especialidad:

Bibliografía disponible:

Costos estimados (en caso de ser conocidos):

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):

Aclaración de la firma:

**RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI**

Resolución:

Fecha Recibido:

Fecha Resolución:

**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: