

**Declaración Firmada por el médico tratante
Seguro Salud Protegida**

Identificación del médico tratante

Nombre:
Rut:
Establecimiento Asistencial:
Especialidad:
ICM:
Fecha Primera Atención:
Fecha de continuidad tratamiento – Fecha Primera Atención:
Diagnóstico:

Firma y Timbre del Médico Tratante