

FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

OTORGAMIENTO DE PERMISO SANNA



Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.

N° X XXXXXX-X
OPERADOR: X

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

EMAIL TRABAJADOR

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
Día Mes Año	Día Mes Año		

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

Día

Mes

Año

FECHA DE NACIMIENTO

A.3 CONTINGENCIA CUBIERTA ***

A = Cáncer

B = Trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos

C = Fase o estado terminal de vida

D = Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente

E = Enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Mañana B=Tarde C=Noche
1=Tratamiento Activo 2=Seguimiento	LUGAR DE REPOSO	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE ;N.º; DEPTO; COMUNA		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		

Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso postnatal parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año; o feriado legal o permiso con o sin goce de remuneración

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

	1=Médico		
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN	TELÉFONO

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

1=Email 2=Celular 3=Dirección		
CANAL DE CONTACTO	CELULAR CONTACTO	DIRECCION CONTACTO

SECCIÓN S: INFORMES COMPLEMENTARIOS SANNA

SIC.1 PARA SER LLENADO POR 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

DíaMesAño		
---	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO

DíaMesAño	
---	--

FECHA INFORME

COMUNA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL MENOR

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

☐

 R.U.T.

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

DíaMesAño

N° DE DÍAS

Traspaso

RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS:

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA (DONDE SE PRESENTÓ CARTA AVISO)

-

NÚMERO FORMULARIO DE TRASPASO (ASIGNADO DONDE SE PRESENTÓ EL AVISO)

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

SIC.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 diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

Recidiva

☐

B. TRASPLANTE

☐

ÓRGANO SÓLIDO:

☐

TRASPLANTE EFECTUADO, CON FECHA:

DíaMesAño

☐

NO SE HA EFECTUADO EL TRASPLANTE

☐

MENOR INSCRITO EN REGISTRO NACIONAL DE POTENCIALES RECEPTORES DE ÓRGANOS

☐

EN ESTUDIO DONANTE VIVO

☐

PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS:

FECHA DEL TRASPLANTE:

DíaMesAño

☐

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 DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

* SÓLO PODRÁ OTORGARSE A PARTIR DEL DÍA UNDÉCIMO DE OCURRIDO EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE:

DíaMesAño

CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE Y FUNDAMENTOS CLÍNICOS Y/O DE LABORATORIO O IMAGENOLÓGIA

EVOLUCIÓN Y TRATEMIENTOS 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 LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

DíaMesAño

☐

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

1 = Unidad de cuidados intensivos (UCI)

2 = Unidad de tratamientos intermedios (UTI)

DíaMesAño

FECHA DE INFORME

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL