

Formulario de Solicitud Inscripción en el Registro de Médicos Revisores de Ficha Clínica

Este formulario le permitirá a los médicos cirujanos que quieran prestar servicios a las Instituciones de Salud Previsional como Médicos Revisores de Ficha Clínica, solicitar a la Superintendencia de Salud su inscripción en el respectivo Registro.

Antecedentes personales del Médico Cirujano

RUT (Cédula de Identidad)

Nombres

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)

Nacionalidad

Domicilio

Antecedentes profesionales del Médico Cirujano

Universidad que otorgó el título de Médico Cirujano

Identificación de especialidad (Si no tiene, indicar textualmente: "Sin especialidad")

Nombre de la Institución que certifica la especialidad

Identificación de la subespecialidad 1 (Si no tiene, indicar textualmente: "Sin Subespecialidad")

Nombre de la Institución que certifica la subespecialidad

Identificación de la subespecialidad 2 (Si no tiene, indicar textualmente: "Sin Subespecialidad")

Nombre de la Institución que certifica la subespecialidad

Establecimiento de Salud donde se desempeña el Médico Cirujano

Cualquiera sea la relación laboral o contractual con el o los prestadores de salud en que se desempeñe, entendiéndose, entre otros, por: *clínicas, hospitales, centros médicos, consulta médica privada*, especificar con un "NO" si no se desempeña en un prestador de salud, y con un "SI" si se desempeña en un prestador de salud, en este último caso deberá indicar el nombre de dicho prestador.

NO SÍ

Nombre del prestador de salud donde se desempeña

Lugar donde se desempeña el Médico Cirujano

Dirección (Calle, número, oficina)

Región

Comuna

Teléfono de contacto 1

Teléfono de contacto 2

Correo electrónico (Especificar con un "no" si no tiene)



Declaración Jurada Simple

En a de del año 20

Yo,

, cédula de identidad N°

DECLARO:

1. Que todos y cada uno de los datos consignados en el Formulario de Solicitud son efectivos.
2. Que me comprometo a inhabilitarme para revisar una ficha clínica, cuando ello me signifique la pérdida de la independencia necesaria que requiere la ley, evitando un conflicto de intereses, como por ejemplo:
 - Tener una relación de amistad íntima o enemistad con el paciente, médico tratante, integrantes del equipo médico o médico que efectuó la certificación cuestionada, situación que pudiera implicar un cuestionamiento de mi desempeño;
 - Tener parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo grado con el paciente, médico tratante o médico que efectuó la certificación cuestionada;
 - Y, en general, tener interés personal en el asunto de que se trate o representar los intereses que directamente pudiese tener la Isapre o el paciente en cuestión; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con alguno de los interesados.
3. Que estoy en conocimiento de la disposición legal del artículo 110 número 17, inciso segundo, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud que señala: *“Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o prestaciones otorgadas, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal”.*
4. Que no he sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N°17, inciso segundo, del DFL N°1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio o perjurio, contenidos en Título IV, del Libro II, del Código Penal.
5. Que estoy en conocimiento de que la incorporación al Registro no importa vinculación de ninguna especie con la Superintendencia de Salud.
- 6.- Que estoy en conocimiento de que toda la información contenida en la lo las fichas clínicas, cuya revisión me pueda ser encargada, es considerada como dato sensible, de conformidad a lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N°19.628, *sobre protección de datos de carácter personal, por parte de los órganos de la Administración del Estado* y el artículo 12 de la Ley N°20.584, *que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.*

.....
Firma

(de puño y letra)