

**FORMULARIO**  
**SOLICITUD DE MEDIACIÓN CON PRESTADORES PRIVADOS**  
**(POR FAVOR, LLENE TODOS LOS CAMPOS CORRESPONDIENTES)**

N° INGRESO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DAÑADA (PACIENTE):**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Asegurador:  Fonasa  Isapre \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  
 (Escriba el nombre de su Isapre) (Especifique)

**IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL RECLAMO: (En caso de ser diferente al paciente)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relación con el/la Paciente :  Familiar: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_  
 (Especifique)

**IDENTIFICACIÓN DEL O LA REPRESENTANTE:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente:  Abogado  Familiar: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_  
 (Especifique) (Especifique)

**DIRECCIÓN DONDE DESEA SER NOTIFICADO(A) DE LOS AVANCES Y/O RESULTADO DEL RECLAMO:**

CORRESPONDE A DIRECCIÓN DE:  PACIENTE  RECLAMANTE  REPRESENTANTE  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Escriba dirección completa: Calle, N°, Depto., Pobl. o Villa, Comuna y Ciudad)

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR RECLAMADO 1: (Institucional o Persona Natural)**

Prestador: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR RECLAMADO 2: (Institucional o Persona Natural)**

Prestador: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR RECLAMADO 3: (Institucional o Persona Natural)**

Prestador: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fono y/o E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección : \_\_\_\_\_

**MEDIADORES SELECCIONADOS (según preferencia) Ver Registro de Mediadores en: [www.supersalud.cl](http://www.supersalud.cl)**

Apellidos	Nombre
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: (Escriba con letra clara y legible. Incluya la fecha de los hechos)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(utilice el reverso para continuar)

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: (Si le faltó espacio en la Primera Página, utilice este espacio)**

Lined area for describing the problem.

**SOLICITUD CONCRETA AL PRESTADOR: (Señale qué espera como resultado de la mediación)**

Lined area for the specific request to the provider.

**IMPORTANTE: LOS HONORARIOS DEL MEDIADOR SON DE CARGO DE LAS PARTES (reclamante y reclamado)**

**FIRMA**

(Para su trámite, esta presentación DEBE estar firmada)

Mas información respecto a Mediación con Prestadores Privados en:

[www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)