

DERIVACIÓN HOSPITALARIA

Fecha Emisión: 17/08/2017

Hora Emisión: 15:30

Nombre:	Nicolas Sebastian Fierro Olmos De Aguilera
RUN:	16153381-5
Edad :	31 años 6 meses (20/01/1986).
Teléfono fijo:	000-00000000
Teléfono movil:	00-
Isapre:	Consalud

Orden de hospitalización:

Diagnóstico que motiva la hospitalización

AMETROPIA Fecha Inicio: (17-08-2017)

Otros diagnósticos relevantes

Procedimientos

CIRUGIA FOTOREFRACTIVA Fecha Inicio: (17-08-2017)

Fecha y hora programada

30/08/2017 00:00

Tiempo(quirúrgico)

0

Lado

Ninguno

Anestesia

Local

Días promedio de hospitalización

0

Indicaciones:

AVANSALUD
ADMISION

Antecedentes:

CHEQUE CONSALUD
Cód.: 1202078-5

Lugar de derivacion:

CLINICA AVANSALUD

Dirección centro médico: Av. Nueva Providencia 1920, Providencia

Hoja 1 de 1

Laboratorio Clínico

Imagenología

Odontología

Especialidades Médicas

Agenda tu hora en

 megasalud.cl

 600 425 6000

CLINICA AVANSALUD S. p. A.

Fecha de impresión: 31/08/2017 09:38

Epicrisis

Nombre del paciente	: FIERRO OLIVOS DE AGUILERA NICOLAS SEBASTIAN	N° ficha	: 1154293
Rut	: 16153381-5	Fecha de ingreso	: 31/08/2017
Edad	: 31 año(s) 7 mes(es) 10 día(s)	Fecha de egreso	: 31/08/2017 09:37
Previsión	: ISAPRE CONSALUD	Plan	: PLAN BANDA 2
Médico tratante	: SEPULVEDA MURILLO JORGE	Habitación	: POQ
Fecha nacimiento	: 20/01/1986		

Hipótesis diagnóstica de ingreso : ASTIGMATISMO

Diagnóstico(s) de egreso:

ASTIGMATISMO

(principal)

Cirugías realizada(s) :
 Complicaciones : NINGUNO
 Evolución/Resumen de hospitalización(debe incluir procedimientos y resultados de exámenes relevantes) : FAVORABLE
 Indicaciones de alta : SEGUN PROTOCOLO
 Próximo control : 31/08/2017

J. JORGE SEPULVEDA MURILLO
 Otorrinolaringólogo
 RUT: 8.089.256-6
 RCOP: 24.468-5

Resp. alta SEPULVEDA MURILLO JORGE

Justifico por medio de la presente una semana de inexistencia por cuidados post operatorios a partir del 30 de agosto por cirugía ocular en ambos ojos.

CLINICA AVANSALUD S. p. A.
CLINICA AVANSALUD S. p. A.
AVDA. SALVADOR 100
Fono : 3662000
Adm001i3.rpt

HOJA DE PREINGRESO

Fecha : 29/08/2017

Hora : 16:46:04

Nº Preingreso : 170415

CHEQUE CONSALUD

1.- INDIVIDUALIZACION.

Nombre del Paciente : FIERRO OLMOS DE AGUILERA, NICOLAS SEBASTIAN
Domicilio : J. JOSE MANUEL INFANTE 2101 D/25 Comuna : ÑUÑO A Nacionalidad: CHILENA
RUT : 16.153.381-5 / 0 Fecha de Nacimiento : 20/01/1986 Edad: 31 AÑOS
Previsión : ISAPRE CONSALUD PLAN BANDA 2 Teléfono: 982076723 - 984437521 Pasaporte :
Ficha : 1154293
Fecha Programada : 30/08/2017 08:00 Tipo de Ingreso : Mas De 1 Dia
Fecha Pabellón : 30/08/2017 09:00 Tipo de Admisión : CIRUGIA PROGRAMADA

Apoderado de la hosp. :
Contacto 1 :

R.U.T:
Contacto 2 :

Cirugía : QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERA
Médico Tratante : SEPULVEDA MURILLO, JORGE RICARDO
Especialidad : OFTALMOLOGIA
Motivo de Ingreso : SIN ESPECIFICAR

En caso de emergencia llamar a : _____

HABITACION SOLICITADA :

ACEPTO LA HABITACION QUE ME HA SIDO ASIGNADA Y CERTIFICO CONOCER LOS VALORES DE ESTA PIEZA ASIGNADA

PIEZA ALTERNATIVA :

NOTA : - AL ENTRAR A ESTE ESTABLECIMIENTO ADQUIERO EL COMPROMISO DE RESPETAR EL REGLAMENTO DE LA CLINICA, LAS VISITAS PODRAN PERMANECER HASTA LAS ____ HORAS.

- TAMBIEN, DEJO CONSTANCIA QUE EN ESTE ACTO SE ME INFORMO DE LA CONVENIENCIA DE ABSTENERSE DE TRAER OBJETOS DE VALOR, DINERO EN EFECTIVO, DOCUMENTOS O JOYAS. POR LO TANTO LIBERO A LA CLINICA DE TODA RESPONSABILIDAD ANTE UNA EVENTUAL PERDIDA DE LOS OBJETOS O BIENES ANTES MENCIONADOS.

Garantías : 1 BONO GARANTIA

Responsable del Preingreso: BURGOS VARGAS, EVA SABINA

Firma en Señal de Conformidad

CLINICA AVANSALUD S. p. A.
CLINICA AVANSALUD S. p. A.
AVDA. SALVADOR 100
Fono : 3662000
Adm001i1.rpt

RECIBO DOCUMENTO EN GARANTIA

Fecha : 29/08/2017

Hora : 16:45:56

Nombre del Paciente : FIERRO OLMOS DE AGUILERA, NICOLAS SEBASTIAN
RUT : 16.153.381-5 Ficha : 1.154.293
Rol : -
Previsión : ISAPRE CONSALUD PLAN BANDA 2
Pieza Asignada : Cama : Servicio:

Hemos recibido los siguientes datos :

BONO GARANTIA

Fecha : 30/08/2017
Fecha Vencimiento : 30/09/2017
Valor : 635.803

Si no efectúa el pago en la fecha de vencimiento señalada, se procederá a hacer efectivo el documento especificado en este formulario, por el valor del total de su cuenta o copago que corresponda efectuar en su Isapre.

FIRMA FUNCIONARIO
BURGOS VARGAS, EVA SABINA

FIRMA PACIENTE