

Nº 0855002

**Dr. Paul Vohringer Cárdenas**  
Médico Psiquiatra  
R.U.T.: 12.722.567-2  
Clínica Psiquiátrica Universitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Rp. - **INFORME** -

El profesional que suscribe, certifica  
atender a la Sra. **BARBARA CAMPILAY**  
NÚMERO RUT 17.980.916-8 por un cuadro  
de la enfermedad, debido al cual se  
nótese necesario solicitar extensión del  
plan de entrega y defensa de la memoria  
para optar al título de psicóloga,  
para julio 2018. -  
Atte.

28.06.17

**Dr. Paul A. Vohringer C.**  
RUT.: 12.722.567-2  
CLINICA PSIQUIATRICA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Fecha

Firma

**SE RUEGA TRAER RECETA AL VOLVER A CONSULTAR**

**FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES**  
(Artículo 24°, Ley 19.966)

**DATOS DEL PRESTADOR**

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE  
DIRECCIÓN: Santos Dumont 999 Independencia CUIDAD: Santiago  
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: VOHRINGER CARDENAS, PAUL  
RUT: 12722567-2

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

NOMBRE: BARBARA SOLEDAD CAMPILLAY NUÑEZ PREVISIÓN: SIN PREVISION HCUCH  
RUT: 17980916-8 COMUNA: SANTIAGO  
REGIÓN: DOMICILIO: SAZIE 2361  
N° TELÉFONO CELULAR: N° TELÉFONO FIJO: 84345967  
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL): barbara.campillay@ug.uchile.cl

**INFORMACIÓN MÉDICA**

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES: GES\_F313 trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado

Confirmación Diagnóstica

**CONSTANCIA:**

Declaro que con esta fecha y hora he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud (GES), siempre que la atención sea otorgada en la red de prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

**IMPORTANTE:**

Tenga presente que si no cumple las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA NOTIFICACIÓN: 04/05/2016 11:29

Dr. Paul A. Vohringer C.  
RUT: 12.722.567-2

**INFORME DIAGNÓSTICO GES**  
(Firma de persona que notifica)

**TOMÉ CONOCIMIENTO**  
(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre:

RUT:

N° Teléfono celular:

Dirección correo electrónico (email):

# FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

## DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): ANDES [CGU]

DIRECCIÓN : ANDES 4234

CIUDAD : QUINTA NORMAL

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA : Javier Deneken Sironvalle

RUT : 16.356.854-3

## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE : BARBARA SOLEDAD CAMPILAY NUÑEZ

RUN: 17.980.916-8

PREVISION : ☒ FONASA ☐ ISAPRE

DIRECCIÓN : santo domingo N°: 3905  
Depto: 803

COMUNA : Santiago REGIÓN : XIII Región Metropolitana

N° TELÉFONO FIJO : 68953067

N° TELÉFONO CELULAR : 68953067

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-EMAIL) :

## INFORMACIÓN MÉDICA

TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

☐

Confirmación Diagnóstica

☐

Paciente en Tratamiento

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN : 22-05-2017 11:54:06

## CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Nombre : \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE:

El paciente debe tener presente que si no cumplen con las garantías, puede reclamar antes el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Dr. Javier Deneken S.  
Rut: 16.356.854 - 3  
Médico Cirujano

## FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

### FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

#### DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.):

DIRECCIÓN:

CIUDAD: Santiago

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: BARBARA ALONSO PALMERO

RUT: 14701783-9

#### ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: BARBARA SOLEDAD CAMPILAY NUÑEZ

RUT: 17980916-8

FONASA ☒

ISAPRE ☐

DOMICILIO: COQUIMBO 14

COMUNA: Santiago

REGION: Metropolitana de Santiago

FONO FIJO: 968953067

FONO CELULAR:

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL):

#### INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

HIPOTIROIDISMO/MIXEDEMA - T86

Confirmación Diagnóstica: ☒

Paciente en Tratamiento: ☒

#### CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

#### IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede declarar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: Santiago, a 17 de mayo de 2016, siendo las 10:37 horas.

Dra. Barbara Alonso Palmieri  
Medico Cirujano  
RUT 14.701.783-9

INFORME DIAGNÓSTICO GES  
(Firma de persona que notifica)



TOMÉ CONOCIMIENTO  
(Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

NOMBRE:

RUT:

Nº Teléfono Celular:

Dirección correo electrónico ( e-mail):

# FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

## DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): ANDES [CGU]

DIRECCIÓN: ANDES 4234

CIUDAD: QUINTA NORMAL

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Javier Deneken Sironvalle

RUT: 16.356.854-3

## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: BARBARA SOLEDAD CAMPILAY NUÑEZ

RUN: 17.980.916-8

PREVISION: ☒ FONASA ☐ ISAPRE

DIRECCIÓN: santo domingo N°: 3905  
Depto: 803

COMUNA: Santiago REGIÓN: XIII Región Metropolitana

N° TELÉFONO FIJO: 68953067

N° TELÉFONO CELULAR: 68953067

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-EMAIL):

## INFORMACIÓN MÉDICA

HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS - HIPOTIROIDISMO

☐

Confirmación Diagnóstica

☐

Paciente en Tratamiento

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: 22-05-2017 11:54:13

## CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

## INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

## TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE:

El paciente debe tener presente que si no cumplen con las garantías, puede reclamar antes el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Dr. Javier Deneken S.  
Rut: 16.356.854 - 3  
Médico Cirujano



Centro Comunitario de Salud Mental COSAM Santiago

**Informe de proceso**  
**Tratamiento en Salud Mental**

*Informo, mediante el presente, sobre situación clínica de la paciente Bárbara Soledad Campillay Núñez, cédula de Identidad N° 17980916-8, quien se encuentra en tratamiento en COSAM Santiago desde el 21 de julio de 2016 por diagnóstico de:*

- *Trastorno Afectivo Bipolar tipo II.*

*Se hace presente que la paciente ha mantenido adherencia a tratamiento psiquiátrico, farmacoterapia y proceso psicoterapéutico, con buena respuesta sintomática.*

*Se extiende el presente certificado para ser presentado según la paciente estime conveniente.*

*Sin otro particular saluda atentamente.,*



Ps. Jaime Herrera Guliaew.  
Psicólogo  
COSAM Santiago  
RUT 13893291-5

SANTIAGO, 09 de marzo 2017

