

(Hoy, hace 57 mins)

Hola buenos días quería hacer una solicitud de eliminación de un ramo que estoy cursando para poder tomarlo el otro año ya que he tenido muchos problemas para ir además que el ramo tiene otras fechas ya que es de bachillerato en las cuales no puedo estar, además de que empecé con psicólogo y psiquiatra en semda central y me diagnosticaron una enfermedad psiquiátrica con remedios y por ello me ha costado mucho ir ya que casi todas las horas son a la hora de filosofía. Solo he podido rendir una prueba por lo que por favor pido comprensión por qué no lo puedo reprobar otra vez.

El ramo es BA12 Filosofía en la facultad de bachillerato El Horatio: martes y jueves de 10:15 a 11:45 la sección C El profesor que lo dicta: Matías Andrés Tapia W y Jorge A. Fernández Darraz.

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES (Artículo 24°, Ley 19.986)

DATOS DEL PRESTADOR

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

DIRECCIÓN: Av. La Paz 1002

CIUDAD: Santiago

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Dr. Pedro Soler

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: Javier Bustamante

RUT: 18.720.204-8

FONASA

ISAPRE

DOMICILIO: Sp. La Rotonda

COMUNA: Maunabo

REGIÓN: R13

N° TELEFONO FIJO _____

N° TELEFONO CELULAR 99249 6367

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explicitas 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 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 DE NOTIFICACIÓN: 03-12-2017

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma y huella digital del paciente o representante)

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

Nombre: _____

Rut: _____

N° Teléfono Celular: _____

Dirección correo electrónico (e-mail): _____

Dr. PEDRO ZOLEZZI C.

MÉDICO PSIQUIATRA

RUT.: 7.172.005 - 5

Dirección de Bienestar Estudiantil
Servicio médico y Dental
Universidad de Chile
Av. La Paz N° 1002 - Fono 22 978 8970
Independencia - Santiago

Fecha: 09-12-2018

Nombre del Paciente:

Javiera Bustamant- Westmoreland

Edad:

24

RUT.:

18.730.204-8

Ciudad:

Santiago

Domicilio:

7c. La Retana 3290, Maipú

Rp.

Sutalina 50g

2 - 1 - 0/día

3 caja al mes

Vdo PERMANENTE

Dr. PEDRO ZOLEZZI C.

MEDICO PSIQUIATRA

RUT.: 7.172.005 - 5

Firma

Dr. PEDRO ZOLEZZI C.

MÉDICO PSIQUIATRA

RUT.: 7.172.005 - 5

Dirección de Bienestar Estudiantil
Servicio médico y Dental
Universidad de Chile
Av. La Paz N° 1002 - Fono 22 978 8970
Independencia - Santiago

Fecha: 03-12-2018

Nombre del Paciente:

Javiera Bustamante Wernersbach

Edad:

24

RUT.:

18.730.204-8

Ciudad:

Santiago

Domicilio:

Pc. Le Ronda 3290

Mañal

Rp.

Kalium 450mg

1 x 20 p día

= 2 copias al mes

Uto PERMANENTE

Dr. PEDRO ZOLEZZI C.

MEDICO PSIQUIATRA

RUT.: 7.172.005 - 5

Firma