

N° Solicitud: 729241

SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA DE ATENCION
PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD
Y DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS CAEC Y GES-CAEC

Antecedentes Beneficiario:

Nombre Afiliado:	BARRIA POBLETE FELIPE ANTONIO		Rut Afiliado:	10.856.494-6	
Nombre Paciente:	MATIAS ANTONIO BARRIA HERRERA		Rut Paciente:	19.671.937-7	
Domicilio:	LAGO COCHRANE 9566		Ciudad	SANTIAGO	
Teléfono Casa:	227161729	Teléfono Ofic.	223276263	Cel.:	56599832
Diagnóstico o Presunción:	DEPRESION EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS				
GES :	X	CAEC:		TIPO CAEC:	
Tratamiento Actual:					
Médico Tratante:	ZUNIGA SEGURA JUAN ARIEL		Especialidad:		
Institución:					
Hospitalizado:	SI		Urgencia vital:	SI	
	NO	X		NO	X
Institución:					
Desde:			Hasta:		
Fue Trasladado:	SI		Desde (Institución)		
	NO	X	Fecha Ingreso:		

Identificación del Representante

Nombre:	BARRIA HERRERA MATIAS ANTONIO				
Rut:	19.671.937-7	Relación:	BENEFICIARIO		
Teléfono Casa:		Teléfono Ofic.:		Cel.:	66493399

IMPORTANTE:

Isapre Bánmedica, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o del familiar responsable dos días hábiles desde la formulación de esta solicitud en cualquiera de nuestras oficinas.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N° 2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé Conocimiento:

Firma

Agencia:	LA FLORIDA	Fecha Recepción:	14/05/2019
Funcionario Receptor:	VASQUEZ VILLALOBOS KATHERINE	Hora Recepción :	15:22

ANTECEDENTES MEDICOS

Antecedentes Isapre

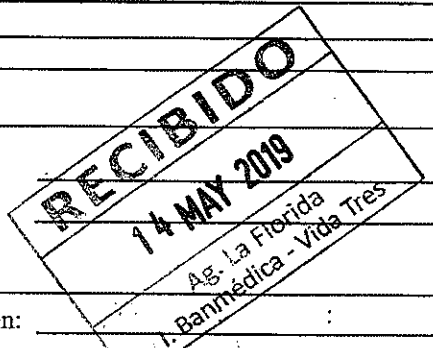
GES:		Fecha Entrega:	14/05/19
CAEC :		Hora Entrega:	
Derivación Nº:		Folio Interno:	
Problema de Salud:	Depresión Nerviosa		
Nombre del Paciente:	Hernández Poma		
Rut del Paciente:	14.679.937-7		

Estimado Profesional Médico: Le agradecemos completar estos antecedentes

Diagnóstico:	Episodio Depresivo		
Fecha Primer Diagnóstico Médico de la Patología:	14/05/19		
Fecha Diagnóstico Actual:	14/05/19		
Patología Confirmada:	SI: ☒	NO: ☐	
Cumple condición de ingreso GES	SI: ☒	NO: ☐	
Tratamiento Indicado:	1 Sertralina 50mg		
Exámenes:	2 Exatolepam 1mg		
Evolución	3 Se deriva a psicoterapia		
Seguimiento			

Identificación Médico

Firma Profesional Médico:	DR. JUAN ZUÑIGA SEGURA		Nombre	
Rut:	RUT: 8.204.744-7 MR SIS: 41854		Especialidad:	
Teléfono:	PSIQUIATRIA ADULTO			
Dirección:	URB ANTEGRO EL BOSQUE			
Fecha Atención:	14/05/19	Hora Atención:		



Este documento debe ser enviado a la isapre, máximo un día después de efectuada la consulta médica.
Adjuntar todos los resultados de los exámenes solicitados.

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES (Artículo 24º, Ley 19.996)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): CENTRO MEDICO LAS CONDES (EL BOSQUE)
DIRECCIÓN: Avda. El Bosque norte 0110 CIUDAD: SANTIAGO
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Dr. JUAN ARIEL ZUÑIGA SEGURA
RUT: 9204711-3

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: MATIAS ANTONIO BARRIA HERRERA
RUT: 19.671.937-7 FONASA / ISAPRE
DOMICILIO: SAN LINO 3356
COMUNA: LA FLORIDA REGIÓN: _____
Nº TELÉFONO FIJO: 66493399 Nº TELÉFONO CELULAR: 66493399
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): matiasbarriah@gmail.com

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:
I.-DEPRESION MAYOR
☐ 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 en la 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: 14-05-2019 12:12:09

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

TOME 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): _____

RECIBIDO

14 MAY 2019

Ag. La Florida
I. Banmédica - Vida Tres



Call Center:
600 600 8432

Desde celulares:
222 333 700



Reserva tu hora online
vidaintegra.cl