Universidad de Chile
Dirección de Postgrado - FACSO
Unidad de Bienestar Estudiantil

INFORME ACREDITACION CAUSAL SOBREVINIENTE 2020
Proceso rebajas arancel CBA

I. IDENTIFICACION DEL ALUMNO

HORTA	LEYTON	DANIEL MATIAS
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

R.U.T. 19184088 7

Celular Alumno 979645256 E-mail danielhl95@gmail.com

Programa: MAGISTER EN ANALISIS SISTEMICO APLICADO A LA SOCIEDAD

Año Ingreso al Magister/Doct. 2019

Observaciones asistente social

Alumno cumple Causal sobreviniente asociada a Disminución de ingresos; por gastos médicos de miembro
de su grupo familiar.
Cabe señalar, que estudiante se encuentra en proceso de postulación a Beca COES de Postgrado.

Motivo de la solicitud:

Cesantía	
Disminución de ingresos	X
Gastos en salud	

La documentación que presenta acredita la causal sobreviniente Si [X] No [ ]

Carmen Gloria Neira S.
Asistente Social
Facultad de Ciencias Sociales

SANTIAGO, 06 de ABRIL DE 2020.

FACULTAD DE
CIENCIAS
SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, marzo 24 de 2020

Carta N° 04_03/2020_MaSS /

Señora
Ximena Azúa R.
Directora
Dirección Escuela de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Presente

Señora Directora:

Me permito dar a conocer a Ud. el caso del Estudiante Daniel Horta Leyton, RUT 19.184.088-7; quien solicitó al Comité Académico rebaja de arancel, debido a los gastos médicos de sus padres, con quienes vive, lo que provocó disminución de ingresos y como el estudiante no cuenta con licenciatura, no ha podido encontrar un trabajo mejor remunerado.

El Comité Académico del MaSS ha resuelto aceptar su petición, razón por la que enviamos su caso a su Comisión de Becas y Aranceles.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

Profª. Dra. Pamela Jorquera Á.
Coordinadora
Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad

c.c.: Archivo MaSS

PJA/myp

FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
DIRECCIÓN ESCUELA DE POSTGRADO

SOLICITUD REBAJA DE ARANCEL

MAGISTER/DOCTORADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____Daniel Horta Leyton_____

PROGRAMA _____Magister en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad _____

CEDULA DE IDENTIDAD _____19184088-7_____

AÑO DE INGRESO _____2019_____ SEMESTRE QUE CURSA_____III Semestre_____

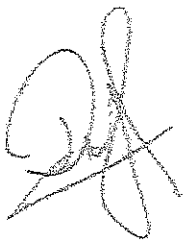
DOMICILIO _____Los Universitarios 2037_____

COMUNA _____Maipú_____TELEFONO___979645256_____

CORREO ELECTRONICO _____danielhl95@gmail.com_____

FECHA DE SOLICITUD _____24/03/2020_____

	Causal	Documentación a presentar
	Cesantía	• Finiquito • Cotizaciones previsionales • Subsidio de Cesantía
	Disminución de ingresos	• Cotizaciones previsionales • Liquidaciones de remuneraciones anterior a la disminución de sueldo • Liquidación de remuneraciones actual
	Gastos de Salud	• Certificado médico • Boletas de gastos en hospitalizaciones, medicamentos, terapias, etc.



_____
Firma

Comité Académico MaSS

Mass.Facso@uchile.cl

FIRMA DEL ESTUDIANTE
Daniel Matías Horta Leyton

11/03/2020

Estimados y estimadas participantes del Comité Académico del MaSS Nombre Del Destinatario:

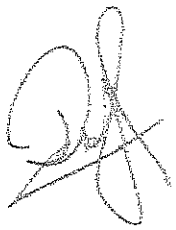
Escribo esta carta con el fin de declarar mi compromiso con el pago del arancel correspondiente para el año 2020, el cual es de $ 3.690.330. No obstante, debo solicitar plazo mientras espero los resultados de la Beca COES de Postgrado 2020, los cuales salen en abril del presente año. Una vez conocidos los resultados, sabré cuanto es la diferencia que tendré que solventar mediante crédito de postgrado -solicitado en el Banco Estado- para poder así pagar el arancel correspondiente.

Por otro lado, me gustaría solicitar el estudio de mi caso, analizando la posibilidad de una rebaja en el total del arancel. Esto, debido a que actualmente me encuentro en una situación económica y familiar bastante delicada, ya que, tal cual expliqué en una anterior carta al comité académico, tanto mi madre como mi padre están pasando por periodos de complicaciones en el tema de la salud, en donde ambos han tenido que someterse a operaciones de alto costo monetario. Específicamente en el caso de mi padre, esta semana fue descubierto mediante resonancia magnética, la presencia de múltiples quistes en la zona del hígado, riñón y páncreas, los cuales aparentemente tendrán que ser extraídos mediante cirugía, y un constante seguimiento en un futuro cercano, lo que conlleva nuevamente altos costos monetarios, y la atención y cuidado por parte de quien escribe.

Sumado a lo anterior, debo manifestar mis complicaciones personales en el ámbito laboral, producto de que, al no poseer título de pregrado -al optar por la continuación de estudios-, se me complica conseguir un trabajo de buena

remuneración, por ende, sigo dependiendo en gran parte de los ingresos familiares, los cuales son destinados en su gran mayoría a temas de salud.

Finalizo la carta, solicitando nuevamente el estudio de mi situación, y quedo ante la solicitud de documentos o boletas que avalen lo anteriormente mencionado.



FIRMA DEL ESTUDIANTE
Daniel Matías Horta Leyton

PARTE DE

Sonorad

ESTIMADO
DOCTOR
PRESENTE

NOMBRE	:	HORTA SEPULVEDA DANIEL HUMBERTO
EDAD	:	55 Años
FOLIO	:	69628438
FECHA	:	28 Feb 2020

COLANGIORESONANCIA

Antecedentes clinicos: Colecistectomizado. Obs. Coledocolitiasis.

Hallazgos:

Hígado de forma y tamaño conservado con caida difusa de la intensidad de señal en secuencias T1 fuera de fase compatible con esteatosis hepática. Se observan dos lesiones focales hiperintensas en secuencias T2 de aspecto quístico, una en el segmento II de 7 mm. y otra en el segmento VII de 13 mm.

No se identifica la vesícula biliar.

Vía biliar intra y extrahepática fina, midiendo a nivel del colédoco hasta 3 mm., de paredes finas y sin defectos endoluminales compatibles con calculos.

Pancreas, de forma, tamaño e intensidad de señal normal. A nivel de la unión del cuerpo y cola pancreática se identifica una pequeña lesión de aspecto quística de 3 mm. de diámetro y otra de 3.5 mm. a nivel de la cola las cuales no presentan dilatación del conducto pancreático principal.

Sonorad

Bazo y glándulas suprarrenales sin alteración.
Ambos riñones se observan bien situados en el decúbito, son de forma, tamaño y grosor de parénquima conservado. Lesión de aspecto quística en el tercio superior del riñón derecho de 6.5 mm. de pared fina y contenido homogeneo.
Espacios perirrenales sin alteración.
Uréteres finos.
No hay dilatación patológica de asas intestinales.
Marco colico de ubicación habitual, sin áreas de engrosamiento parietal ni aumento de la intensidad del tejido adiposo pericolico.
No hay liquido libre intraabdominal ni adenopatías retroperitoneales mayores de 10 mm.

IMPRESIÓN RADIOLÓGICA:
Examen negativo para coledocolitiasis.
Esteatosis hepática difusa.
Pequeños quistes pancreaticos a nivel de cuerpo y cola que pueden corresponder a IPMN de rama secundaria
Quiste simple renal derecho

Atentamente,

DR. Enrique Aguilera V.

FONDO NACIONAL DE SALUD

BONO DE ATENCION DE SALUD

Nº : 374753076

*** COPIA ***

FONASA

FECHA EMISION	22/07/2019	RUT AFILIADO	9 [illegible] 3783-7
RUT BENEFICIARIO	06727753-7	NOMBRE BENEFICIARIO	JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
DIRECCION	HUAN NIRANDA 974	GRUPO INGRESO	B
EDAD BENEFICIARIO	56	SEXO BENEFICIARIO	F
Nro PROGRAMA		Nro PRESTADO	

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
1701001	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINI				1	5.820	2.910	0	2.910
					TOTALES	5.820	2.910	0	2.910

FORMA DE PAGO
EFECTIVO 2.910

NIVEL 1

PROFESIONAL/INSTITUCION 9051081-9 MORAGA AGUIRRE EDGARDO DAVID
MEDICO TRATANTE 9051081-9 DAVID MORAGA
MEDICO SOLICITANTE 0-0

FECHA ATENCION ___/___/_____

TARJETA DE CREDITO

Fondo Nacional

VO DE ATENCION AMBULATORIA

714752686

Fecha Emision
Afiliado
Beneficiario
DIRECCION

ON GARRIDO
IUANA ROSA

Convenio : 13.012 Clinica RedSalud Providencia
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 56 SEXO F

Prestacion		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificacion Financiador	Copago del Beneficiario
0101310	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUM	N		1	14.770	8.860	5.910
				TOTALES	14.770	8.860	5.910

Saldo copago del Beneficiario : 5.910

PROFESIONAL / INSTITUCION : 78.040.520-1 Clinica Avansalud Providencia S.A.
MEDICO TRATANTE : JORGE ANDRES VERDUGO

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institucion

EMISOR 14.543.815-2 HORA 06:55 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

714752686

Fondo Nacional De Salud

BONO DE EMISION AMBULATORIA

714251919

Hora : 17:40
LIANA ROSA LEYTON GARRIDO
LEYTON GARRIDO JUANA ROSA
974

Convenio : 13.607 ISOPA (Previsional)
Plan/Grupo/Ingreso : B
Edad : 56 SEXO : F

	H	Cant.	Valor Total	Bonificacion Financiador	Copago del Beneficiario
E ESPECIALIDAD EN OFTAL	N	1	21.170	7.940	13.230
		TOTALES	21.170	7.940	13.230

13.230

PROFESIONAL / INSTITUCION : 93.915.000-5
MEDICO TRATANTE : Inst. Oftalmologico Prof. Arentsen S.A.

Inst. Oftalmologico Prof. Arentsen S.A.

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institucion

EMISOR : 11.636.927-3 HORA : 17:40 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION.

714251919

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

712249251

...2019 Hora : 19:54
...673.763-7 JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
...673.762-7 LEYTON GARRIDO JUANA ROSA
JUAN MIRANDA 974

Convenio 13.067 Redsalud Maipu Medico
Plan/Grupo Ingreso B
Edad 55 SEXO : F

	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiador	Copago del Beneficiario
RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA	N		1	136.710	68.350	68.360
TOTALES				136.710	68.350	68.360

Saldo copago del Beneficiario 68.360

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.942.400-2
DERIVADO POR : 96.942.400-2

Megasalud S.A.
M

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 15.351.275-2 HORA : 19:54 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

712249251

CENTRO MEDICO Y DENTAL
REDSALUD

Nombre Paciente	**Juana Leyton Garrido**
Edad	**55A 11M**
RUT Paciente	**9573763-7**
Fecha Nac.	**7/1/1963**
Fecha Examen	**6/11/2019**

RM de Rodilla Izquierda

ANTECEDENTES CLINICOS:
Obs gonalgia.

HALLAZGOS:
Cartílago hialino patelofemoral de señal heterogénea, contorno irregular, con pequeño foco en la faceta lateral y área en la faceta medial de la rótula de adelgazamiento de espesor completo, con edema óseo subcondral.
Cartílago hialino del compartimento femorotibial medial de señal heterogénea, contorno irregular, con área de adelgazamiento de espesor completo en la superficie carga del cóndilo femoral, con tenue edema óseo subcondral.
Cartílago hialino del compartimento articular femorotibial lateral de espesor y señal conservadas.
Rotura compleja en el cuerno posterior del menisco medial, con componente oblicuo y otro radial en el borde libre, con quiste paramenisical adyacente de aproximadamente 10 mm.
Menisco lateral de morfología y señal normal.
Ligamentos cruzados anterior y posterior y el colateral medial continuos.
Engrosamiento y aumento de señal en la porción proximal del ligamento colateral lateral, sin edema adyacente.
Tendón del bíceps aumentado de señal en su porción distal.
Tendones del cuadriceps, rotuliano, de la pata de ganso y de la banda iliotibial de grosor y señal normal.
Escaso derrame articular.
No se observa quiste de Baker.

IMPRESION RADIOLOGICA:
Condropatía patelofemoral y femorotibial medial con áreas grado 4 (ICRS) en la rótula y el cóndilo femoral.
Rotura compleja del cuerno posterior del menisco medial, con quistes paramenisicales adyacentes.
Tendinopatía bicipital distal.
Cambios de aspecto fibrocicatricial del ligamento colateral lateral.
Escaso derrame articular.

Atentamente,

Dr. Rodrigo Palma
Médico Radiólogo

Informe Validado / rpalma@dd

CANCELADO

centro REDSALUD PROVIDENCIA

INDICACIONES PREOPERATORIAS

Nombre del Paciente: _____ Día cirugía: _____

- Presentarse en pabellón 3/5° piso a las _____ o a la hora indicada por su cirujano.
- Traer cédula de identidad.
- Llegar con 8 horas de ayuno estricto, ni agua o según indicación de su cirujano.
- Traer todos sus exámenes/imagenes/electrocardiograma pasado.
- Tomar medicamentos indicados, traer en envase original: _____

- No tomar: Aspirina, seyedol, anadra, ácido acetil salicílico y similar ibuprofeno.
- Traer lentes ópticos, prótesis, audífonos con su estuche.
- Sin objetos de valor, maquillaje, pinturas de uñas, lentes de contacto.
- Baño corporal en su domicilio con jabon liquido, ojo umbilical, no rasurar o colocar cremas corporales en zona operatoria.
- Traer un bolso pequeño, desodorante y muda de ropa cómoda.
- El ingreso y alta debe ser acompañado.

Fonasa

FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

Nº : 374938362
*** COPIA ***

FECHA EMISION	: 31/07/2019	RUT AFILIADO	: 9673763-7
RUT BENEFICIARIO	: 9673763-7	NOMBRE BENEFICIARIO	: JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
DIRECCION	: HUAN MIRANDA 974	GRUPO INGRESO	: B
EDAD BENEFICIARIO	: 56	SEXO BENEFICIARIO	: F
Nro PROGRAMA	: 598.029.486	Nro PRESTAMO	

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
2501015	MENISECTOMIA	3	N	0	1	1.048.940	524.470	0	524.470
					TOTALES	1.048.940	524.470	0	524.470

FORMA DE PAGO
EFECTIVO 524.470

PROFESIONAL/INSTITUCION : 78040620-1 CLINICA AVANSALUD PROVIDENCIA S.A NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE
MEDICO SOLICITANTE
FECHA ATENCION : _____

FIRMA BENEFICIARIO

Fonasa

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 27699414 CAJA/TURNO : 1360003 HORA EMISION : 11:24:51

Nº : 374938362
*** COPIA ***

Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

Hora : 17:33

[illegible] JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
[illegible]763-7 LEYTON GARRIDO JUANA ROSA
[illegible] MIRANDA 974

Convenio
Plan/Grupo Ingreso 13.606 Sonorad (Maipú)
Edad 55 SEXO : F

712628429

	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificacion Financiador	Copago del Beneficiario
[illegible]AGRAFÍA DE HOMBRO, FEMUR, RODILLA, P	N		2	23.220	8.920	14.300
TOTALES				23.220	8.920	14.300

[illegible] copago del Beneficiario : 14.300

[illegible] PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.879.440-K Sonorad II S.A.
[illegible] TRATANTE : ELIANET GISSEL FONSECA PEREZ
[illegible] POR : 21.634.756-0 d

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institucion

[illegible] : 13.487.957-2 HORA : 18:34 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

712628429

Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA 714251919

PAGADO Convenio 13.887 IOPA (Providencia)
Plan/Grupo Ingreso B
56 SEXO F

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA 727314260

Fecha Emision 12/02/2020 Hora 09:14
Afiliado 9.873.763-7 JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
Beneficiario 9.873.763-7 LEYTON GARRIDO JUANA ROSA
DIRECCION HUAN MIRANDA 974

Convenio 13.808 Sonorad (Maipu)
Plan/Grupo Ingreso B
Edad 56 SEXO F

Prestación		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificacion Financiador	Copago del Beneficiario
0306011	Urocultivo, recuento de colonias y antib	N		1	4.060	1.560	2.500
0303024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO	N		1	5.080	1.950	3.130
0303027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	N		1	5.080	1.950	3.130
0302075	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMAT	N		1	9.450	3.630	5.820
0303015	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	N		1	5.850	2.250	3.600
		TOTALES			29.520	11.340	18.180

Saldo copago del Beneficiario 18.180

PROFESIONAL / INSTITUCION 96.879.440-K Sonorad II S.A.
DERIVADO POR 6.053.630-9 DR

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR 9.031.570-6 HORA 09:14 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

727314260

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

727314261

Fecha Emision : 12/02/2020 Hora : 09:14
Afiliado : 9.673.763-7 JUANA ROSA LEYTON GARRIDO
Beneficiario : 9.673.763-7 LEYTON GARRIDO JUANA ROSA
DIRECCION : HUAN MIRANDA 974

Convenio : 13.806 Sonorad /Maipu)
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 56 SEXO : F

Prestacion		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiador	Copago del Beneficiario
0303016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	N		1	5.850	2.250	3.600
0307011	VENOSA EN ADULTOS	N		1	940	360	580
					TOTALES	6.790	2.610	4.180

Saldo copago del Beneficiario : 4.180

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.879.440-K Sonorad II S.A.
DERIVADO POR : 6.053.630-9 DR

Firma Beneficiario

Firma Profesional Institucion

EMISOR : 9.031.570-6 HORA : 09:14 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

727314261

FINIQUITO DE CONTRATO DE TRABAJO

En Santiago, a 03 de Marzo de 2020 entre doña ALYESKA MARIA RIQUELME LOPEZ, C.N.I. 16.656.351-8, chilena, Cirujano Dentista, soltera, en representación de SERVICIOS ODONTOLOGICOS Y ESTETICOS LAS CONDES SPA, Rut: 76.500.775- 5, sociedad del giro de su denominación, ambos con domicilio en Calle Los Militares #5620, oficina #1805, comuna de Las Condes, en adelante el "Empleador"; o "Empresa" y doña Juana Rosa Leyton Garrido, de nacionalidad chilena domiciliada en calle Los Universitarios Nº2037, comuna Maipú, RUN 9.673.763-7, en adelante el "Trabajador", se acuerda el siguiente finiquito:

PRIMERO: Doña Juana Rosa Leyton Garrido, declara haberle prestado servicios a SERVICIOS ODONTOLOGICOS Y ESTETICOS LAS CONDES SPA, como Recepcionista Administrativa Part-Time, desde el **22 de Mayo de 2019**, hasta el **03 de enero 2020**, fecha esta última de terminación de sus servicios de conformidad a lo dispuesto en el **Artículo 159, número 1, del Código del Trabajo, Mutuo acuerdo de las partes.**

SEGUNDO: SERVICIOS ODONTOLOGICOS Y ESTETICOS LAS CONDES SPA, de mutuo acuerdo de las partes pagara la suma de: 300.000.- con cheque nominativo a nombre de doña Juana Rosa Leyton Garrido, correspondiente a las siguientes prestaciones:

Los Valores a cancelar en su finiquito serán los siguientes

Indemnización Voluntaria	$ 300.000.-
TOTAL	$ 300.000.-

TERCERO: Doña Juana Rosa Leyton Garrido, declara conocer y haber recibido oportuna acreditación acerca del integro, total y oportuno pago por parte de SERVICIOS ODONTOLOGICOS Y ESTETICOS LAS CONDES SPA, de la totalidad de sus cotizaciones previsionales, de salud y de seguro de cesantía en las instituciones correspondientes.

CUARTO: Por el presente instrumento, doña Juana Rosa Leyton Garrido otorga a SERVICIOS ODONTOLOGICOS Y ESTETICOS LAS CONDES SPA, el más amplio, total, definitivo y completo finiquito, sin reserva de derechos, dejando expresa constancia que, con pleno conocimiento de los derechos que le corresponden, no tiene cargo alguno ni cobro que formular, por haberle sido pagadas a su entera satisfacción todas las cantidades debidas por concepto de la relación laboral, y de toda otra índole que haya existido entre las partes, por remuneraciones y prestaciones a que tuvo derecho, ya sea por concepto de sueldo, gratificaciones, incentivos, comisiones, participaciones, bonos, fueros, feriados, vacaciones, imposiciones en instituciones previsionales y de salud o indemnizaciones por termino de contrato, y que nada se le adeuda por los conceptos

Nombre Paciente	: Horta Sepulveda, Daniel Humberto
Edad	: 55A
ID	: 0011112812
RUT	: 9794924-7
Fecha Examen	: 24-06-2013

RM de Rodilla Izquierda

Antecedentes: Genalgia.

Hallazgos:

Médula ósea de intensidad de señal normal.
Amplitud de los compartimentos femorotibiales normales. Superficies articulares de los cóndilos femorales y platillos tibiales regulares. Cartílagos femorales y tibiales de grosor normal.
Imagen de fisura radial en el cuerpo del menisco interno.
Menisco externo de morfología y señal normal. Sin signos de rotura meniscal.
Leve derrame articular.
Lesión ósea de bordes levemente irregulares de intensidad de señal heterogénea, mide 17 mm en su eje largo, sin edema en el tejido óseo adyacente ni masas sólidas, en tibia proximal, región central, probable tumor óseo con matriz condroide calcificada.
Ligamentos cruzados anterior y posterior de dirección, grosor y señal normales.
Ligamentos colaterales de patrón fibrilar e intensidad de señal normal.
Tejido graso de Hoffa libre.
Tendón del cuadríceps, infrarotuliano y los tendones de la pata de ganso normales. No hay líquido peritendíneo.
Surco bien alineado. Grosor del cartílago articular normal.
No se observan quistes popliteos.
Planos musculares visibles de características normales.

Impresión:

Moderado derrame articular.
Imagen de rotura radial en el cuerpo del menisco interno.
Leve derrame articular.
Probable tumor óseo con matriz condroide calcificada en región central de la tibia proximal.

Atentamente,

Americo Alvarez Matamoros

Informe validado /Dr(a). Americo Alvarez Matamoros

" El presente resultado debe correlacionarse con el cuadro clínico y ser evaluado por medico tratante"

CruzBlanca

SOLICITUD DE RECEPCION DE PROGRAMA MÉDICO

Fecha : 13/03/2020 Usuario : NETAZA00 Oficina : CLL AVANSALUD (130412) Folio : 8975874

Fecha de entrega del Programa Médico: 12/05/2020

ANTECEDENTES CONTRACTUALES

Nombre del Cotizante : DANIEL HUMBERTO HORTA SEPULVEDA
Rut del Cotizante : 9794924-7
Plan vigente : 3MTDE20716

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente : DANIEL HUMBERTO HORTA SEPULVEDA
Rut del Paciente : 9794924-7
Inicio de vigencia del paciente : 01/03/2004

CONTACTABILIDAD (Tramitado por Afiliado)

Nombre de Contacto : DANIEL HUMBERTO HORTA SEPULVED
E-mail contacto : dhortas@hotmail.com
Fono o Celular contacto : 9-87914049

Te informamos que tu Programa Médico puede ser retirado en cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país. Para informarte del estado de tu Programa Médico, puedes ingresar en MI CRUZBLANCA (www.cruzblanca.cl) o bien llamar a nuestro Fono CruzBlanca 600 818 0000

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Antecedentes aportados por el cliente:

Rut Prestador	Nombre Prestador	Tipo de Documento	N° Documento	Monto	Adjunta
7.981.545-4	TERESA RUTH ARAYA LOPEZ LOPEZ	Boleta	656	45,000	✓
76.056.838-4	ESTEVEZ Y CIA. LTDA. [PROFESIONALES ESTEVEZ Y CIA. LTDA.]	Boleta	227	450,000	✓
78.040.520-1	CLINICA REDSALUD PROVIDENCIA [CLINICA AVANSALUD SPA]	Pre factura	1341731	1,295,584	✓
78.040.520-1	CLINICA REDSALUD PROVIDENCIA [CLINICA AVANSALUD SPA]	Solicitud de Programa Médico	5655462	1	✓

INFORMACIÓN DE DEPÓSITO POR PRESTACIONES VÍA REEMBOLSO

De conformidad con lo estipulado en las Condiciones Generales del Contrato de Salud, por el presente autorizo y faculto a CruzBlanca S.A., para efectuar el reembolso de prestaciones médicas que me corresponda de acuerdo con la cobertura pactada en mi plan de salud complementario,

Mediante depósito en la CUENTA CORRIENTE N°: 15100062441, que mantengo con el BANCO FALABELLA.

Tomo conocimiento y declaro aceptar que, si por razones ajenas a CruzBlanca S.A., el depósito en la indicada cuenta fuera rechazado por el Banco, el reembolso estará disponible en un cheque o Vale Vista, en la misma sucursal en que éste fue solicitado.

Asimismo, tomo conocimiento y acepto que el comprobante original de liquidación de reembolso podrá [illegible]

Nombre Paciente: Ulloa Izquierdo, Daniel Humberto
Edad: 24
ID: 0011112812
INEN: 2794514-2
Fecha Examen: 24-06-2019

RM de Rodilla izquierda

Antecedentes: Gonalgia.

Hallazgos:

Morfología de intensidad de la señal normal.
Ligamentos cruzados anterior y posterior de tamaño, trayecto y señal normales.
Ligamentos colaterales tibial y peroneo de tamaño, trayecto y señal normales.
Tendón poplíteo de tamaño, trayecto y señal normales.
Tendón cuadricipital, rotuliano y los tendones de la pata de ganso normales. No hay líquido articular.
Lesión de cartílago articular: Grosor del cartílago articular normal.
No se observan cuerpos libres.
Partes blandas circundantes visibles de características normales.

Impresión:

Líquido articular ligero.
Imagen de rotura radial en el cuerpo del menisco interno.
Leve derrame articular.
Probable condromalacia con matriz condroide calcificada en región central de la tibia proximal.

Atentamente,

Americo Alvarez Matamoros

Informe validado /Dr(a). Americo Alvarez Matamoros

* El presente resultado debe correlacionarse con el cuadro clínico y ser evaluado por médico tratante*

HOJA DE PREINGRESO

HABITACION SOLICITADA : BIPERSONAL

POR NO ESTAR DISPONIBLE AL MOMENTO DE MI INGRESO LA HABITACION SOLICITADA SEGUN CONVENIO, ACEPTO LA PIEZA INDICADA A CONTINUACION Y DE LA CUAL CONOZCO SU VALOR. S PACIENTE DEBER SER TRASLADO A LA UNIDAD DE UPC. SE SOLICITA RETIRAR LAS PERTENENCIA DEL PACIENTE Y DEJAR LIBRE LA PIEZA DE MEDICO QUIRURGICO, PEDIATRIA Y O GINECOOBSTETRICIA.

PIEZA ALTERNATIVA : BIPERSONAL

NOTA : Los documentos necesarios al momento de la hospitalización 1.Cedula de Identidad del paciente, 2.Orden de hospitalización e indicaciones médicas. Debe incluir código de la prestación, 3.Carta de garantía de la empresa convenio con Clínica Bicentenario o carta de derivación de la ISAPRE (seguro CAEC o ISAPRE según corresponda) NOTARIAL, 5.Consentimiento informado debidamente firmado por medico y paciente. El paciente puede dar un mandato y SE DEBE adjuntar fotocopia de cedula de identidad.En Clínica Bicentenario se Puede ingresar no estar disponible la cama según convenio o plan de salud, la preparación para el alta se realizara en una unidad transitoria, asignándose la habitación solicitada al momento de la hospitalización al alta.

- Al momento de ingresar usted debe traer: Útiles de aseo, bata, pantuflas, [illegible] joyas, documentos, computadores y otros.Solo los niños y [illegible] un adulto durante su hospitalización LAS 24 HORAS EN HABITACIONES [illegible] para el tipo de intervención que usted se encuentra e[illegible]

I PAGARE SIMPLE

[illegible] del Preingreso: SUAZO NARANJO, YASSENIA NICOLE

HOJA DE PREINGRESO

Fecha: 29-12-2019

N° Preingreso: 276761

INDIVIDUALIZACION

Nombre del Paciente: [illegible] Nacionalidad: CHILENA
Rut: [illegible] Edad: 55AÑOS
Previsión: [illegible] Peso: [illegible]

Fecha Nacimiento: [illegible] Estado Civil: CASADO
Medico Tratante: [illegible] Profesión: [illegible]

Origen: CONSULTA MEDICA POR VIDEOLLAMADA/CONSULTORIO
Medico Tratante: MORAN DIAZ MARCELO ENRIQUE
Especialidad: CIRUGIA GENERAL ADULTO
Motivo de Ingreso: ESTUDIO COLESTASICO

Fecha de emergencia (urgencia): [illegible]

HABITACION SOLICITADA : BIPERSONAL

POR NO ESTAR DISPONIBLE AL MOMENTO DE MI INGRESO LA HABITACION SOLICITADA SEGUN CONVENIO, ACEPTO LA PIEZA INDICADA A CONTINUACION Y DE LA CUAL CONOZCO SU VALOR. PACIENTE DEBER SER TRASLADO A LA UNIDAD DE UPC, SE SOLICITA RETIRAR LAS PERTENENCIAS DEL PACIENTE Y DEJAR LIBRE LA PIEZA DE MEDICO QUIRURGICO, PEDIATRIA Y/O GINECOOBSTETRICIA.

PIEZA ALTERNATIVA : BIPERSONAL

NOTA: - Los documentos necesarios al momento de la hospitalización:1.Cedula de Identidad del paciente, 2.Orden de hospitalización e indicaciones médicas. Debe incluir código de la prestación.3.Carta de compromiso de convenio con Clinica Bicentenario o carta de derivación de la ISAPRE (seguro CAEC o GES según corresponda) NOTARIAL.5.Consentimiento informado debidamente firmado por medico y paciente.En caso de que exista un mandato y SE DEBE adjuntar fotocopia de cedula de identidad.En Clinica Bicentenario se da a conocer que en caso de no estar disponible la cama según convenio o plan de salud, la preparación será realizada en [illegible] una unidad transitoria, asignandose la habitación solicitada al término de la [illegible]

- Al momento de ingresar usted debe traer: Útiles de aseo [illegible] joyas, documentos, computadores y otros.Solo los niños y EMBARAZADAS Y/O [illegible] un adulto durante su hospitalización.LAS 24 HORAS [illegible] para el tipo de intervención que usted se [illegible]

Firmas: 1.PAGARE SIMPLE

Responsable del Preingreso: SUAZO NARANJO YESSENIA MICHELL

Cruz Blanca

LIQUIDACION PROGRAMA MEDICO

PRESTACIONES DE PLAN COMPLEMENTARIO

Emitido : [illegible]

Cotizante : [illegible]
Paciente : [illegible]
Plan : [illegible]
N° SPM : [illegible]
Origen : [illegible]
Tiene Gastos GES : NO

Fecha Entrega : [illegible]
Prestador : CLINICA BICENTENARIO SPA
Suc. Origen : CENTRO DE PRESTACION
Es Ley de Urgencia : NO
Inicio Hosp. : 27/10/2019
Tramitado Por : Prestador
Tiene Gastos CAEC : NO
Estado : AUTORIZADO
Noveno : [illegible]

Resumen

Número de Prestaciones : 12

	Total Prestación	Total Bonificado (1)	Cobert. CAEC	+ Seguro	Copago Afiliado	Cheque
Bono	$ 1,959,461	$ 1,762,617	$ 0	$ 0	$ 196,844	----
Reembolso	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Totales	$ 1,959,461	$ 1,762,617	$ 0	$ 0	$ 196,844	$ 0

Total Bonificado (1)

	Gasto	Bonificado
Plan Complementario	$ 1,959,461	$ 1,762,617
GES	$ 0	$ 0
GES-CAEC	$ 0	$ 0
Totales	$ 1,959,461	$ 1,762,617

salud
Ginica Avansalud

PRESUPUESTO
MODALIDAD ATENCION INTEGRAL

Cot. Prin. 325815

Fecha impresión: 14-02-2020
Fecha presupuesto: 14-02-2020

	Cantidad	Valor
CIRUGIA		
[illegible] MENISCECTOMIA U OTRAS INTERVENCIONES POR		
PABELLON		
[illegible] DERECHO PABELLON	1	$ 210.405
DIA CAMA		
[illegible] DIA CAMA HABITACION COMPARTIDA	1	$ 230.993
[illegible] HABITACION INDIVIDUAL	1	$ 456.232
[illegible] UCI DIA CAMA HOSP. ADULTO	1	$ 396.293
[illegible] UCI DIA CAMA HOSP. ADULTO	1	$ 352.886
EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS		
[illegible] GRUPOS SANGUINEOS, ABO Y RHO (INCLUYE EST	1	$ 2.275
[illegible] ISOINMUNIZACION, INVESTIGACION DE, (PROC	1	$ 3.225

ESTIMACION CASOS SIMILARES, OTROS CARGOS ASOCIADOS (VALORES PROMEDIOS)

FARMACOS E INSUMOS	$ 550.000
PROTESIS, ORTESIS O INSUMOS DE ALTO COSTO	($ 650.000 - $ 750.000)

Copia sin validez comercial