

Dr. FELIPE ALEJANDRO REYES CARTES

Medicina Interna

Broncopulmonar

RUT: 15244114-2 RCM: 0-

REG-SIS N°: 61306

Los Presidentes 8950, Peñalolén, Santiago, Chile

Fono: 22 6108000

Mail: freyesc@clc.cl



CENTRO MÉDICO
CLÍNICA LAS CONDES

Av. Los Presidentes 8950, Peñalolén,
Santiago, Chile.

Tel.: (56) 22 610 8000

www.clinicalascondes.cl - info@clinicalascondes.cl

Fecha de Atención: 10/02/2021 16:00

Nombre Paciente: **RAQUEL FUENTES ESPINOZA**

Edad: 79 a 0 m 26 d

Rut Paciente: 5141062-9

Dirección Paciente: Echenique 7421 casa k

Rp:

Nintedanib 150 mg c/12 h Permanente

180 capsulas por 3 meses

FARMACOS NO DISPONIBLE EN CHILE

Dr. Felipe Reyes C.
Rut: 15.244.114-2
Med. Interna-Broncopulmonar

Firma Médico

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

751792335

De Salud

10/03/2021 Hora : 14:59
5.141.062-9 RAQUEL FUENTES ESPINOZA
5.141.062-9 FUENTES ESPINOZA RAQUEL
ECHENIQUE 742 -K

Convenio : 13.469 Pontificia U. Catolica (CEM Marcole
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 79 SEXO : F

Prestación		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiador	Copago del Beneficiario
1707009	CAPACIDAD FISICA DEL TRABAJO	N		1	22.480	7.020	15.460
1707001	Espirometria Basal	N		1	9.340	2.920	6.420
1707008	CAPACIDAD DE DIFUSION, ESTUDIO DE	N		1	15.570	4.860	10.710
TOTALES					47.390	14.800	32.590

Saldo copago del Beneficiario : 32.590

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.754.097-3

UC CHRISTUS SERVICIOS AMBULATORIOS SpA

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 20.849.015-K HORA : 14:59 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

751792335

Tipo de pago

Tarj. De Debito
Bono Electronico

Nro. Documento

001000317
751792335

Monto

37.190
14.800

TOTAL \$ 51.990

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO
SALUD UC UTM LA REINA
AV BILBAO 8750 LOC 3024
SANTIAGO
597033023138 - SPDH40V1

FECHA HORA TERMINAL
01/04/21 10:17:14 U2PCD33022921920

NUMERO DE TARJETA FECHA CONTABLE
*****1421 / /00

MONTO \$ 49.960
TOTAL \$ 49.960

NUMERO DE BOLETA 0000003465
EMPLEADO 0292

NUMERO DE OPERACION 001000498
CODIGO DE AUTORIZACION 859928
NUMERO UNICO 00500002202104010034650000

GRACIAS POR SU COMPRA
COPIA CLIENTE
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

TRO MÉDICO
A LAS CONDES

50, Peñalolén,

info@clinicalascondes.cl

San Car

Firma



Dr. Felipe Reyes Cartes
15.244.114-2
M. Interna - Broncopulmonar

Firma Médico

41.265 UTM L
B
79 SEXO : F

Valor Bon
Total Fina

1.180
4.190
11.630
8.780
0.340
16.120

FEYES CARTES



CENTRO MÉDICO
CLÍNICA LAS CONDES

14-2 RCM: 0-
S N°: 61306
Los Presidentes 8950, Peñalolén, Santiago, Chile
Fono: 22 6108000
Mail: freyesc@clc.cl

Av. Los Presidentes 8950, Peñalolén,
Santiago, Chile.

Tel.: (56) 22 610 8000

www.clinicalascondes.cl - info@clinicalascondes.cl

Fecha de Atención: 29/03/2021 16:30
Nombre Paciente: **RAQUEL FUENTES ESPINOZA**
Edad: 79 a 2 m 14 d
Rut Paciente: 5141062-9
Dirección Paciente: Echenique 7421 casa k

Rp:

OTRAS INDICACIONES

Hemograma + VHS, P bioquimico, P hepaticas. ✓

Espirometria basal

DLCO ✓

Eco cardio TT ✓

Dg: Fibrosis Pulmonar

JUNIO - JULIO 2021

Dr. Felipe Reyes Cartes
15.244.114-2
M. Interna - Broncopulmonar

Firma Médico

San Ca

Firm

: 41.265 U
: B
: 79 SEX

Valor
Total

1.180
4.190
11.630
8.780
10.340
36.120

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

753618991

01/04/2021 Hora: 10:16
5.141.062-9 RAQUEL FUENTES ESPINOZA
5.141.062-9 FUENTES ESPINOZA RAQUEL
ECHENIQUE 742 -K

Convenio : 41.265 UTM La Reina (PUC)
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 79 SEXO : F

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0307011 VENOSA EN ADULTOS	N		1	1.180	370	810
0301045 HEMOGRAMA (INCLUYE RECuentOS DE LEUCOCIT	N		1	4.190	1.310	2.880
0302075 PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMAT	N		1	11.630	3.630	8.000
0302034 Perfil lipidico (incluye mediciones de c	N		1	8.780	2.740	6.040
0302077 Vitamina B12 por inmunoensayo	N		1	10.340	3.230	7.110
TOTALES				36.120	11.280	24.840



Saldo copago del Beneficiario : 24.840

PROFESIONAL / INSTITUCION : 99.573.490-7
DERIVADO POR : 6.190.954-0

Inmobiliaria Clinica San Carlos De Apoqu
UCCH

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 21.129.633-K HORA : 10:16 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

753618991

Fecha Emisión : 01/04/2021 Hora: 10:16
Afiliado : 5.141.062-9 RAQUEL FUENTES ESPINOZA
Beneficiario : 5.141.062-9 FUENTES ESPINOZA RAQUEL
DIRECCION : ECHENIQUE 742 -K

Convenio : 41.265 UTM La Reina (PUC)
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 79 SEXO : F

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0307011 VENOSA EN ADULTOS	N		1	1.180	370	810
0301045 HEMOGRAMA (INCLUYE RECuentOS DE LEUCOCIT	N		1	4.190	1.310	2.880
0302075 PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMAT	N		1	11.630	3.630	8.000
0302034 Perfil lipidico (incluye mediciones de c	N		1	8.780	2.740	6.040
0302077 Vitamina B12 por inmunoensayo	N		1	10.340	3.230	7.110
TOTALES				36.120	11.280	24.840

Saldo copago del Beneficiario : 24.840

PROFESIONAL / INSTITUCION : 99.573.490-7
DERIVADO POR : 6.190.954-0

Inmobiliaria Clinica San Carlos De Apoqu
UCCH

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 21.129.633-K HORA : 10:16 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



BONO DE ATENCION AMBULATORIA

753618992

01/04/2021 Hora: 10:16
5.141.062-9 RAQUEL FUENTES ESPINOZA
5.141.062-9 FUENTES ESPINOZA RAQUEL
DIRECCION : ECHENIQUE 742 -K

Convenio : 41.265 UTM La Reina (PUC)
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 79 SEXO : F

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0302076 PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTR	N		1	14.430	4.510	9.920
0302078 25 OH Vitamina D Total por Inmunoensayo	N		1	22.100	6.900	15.200
TOTALES				36.530	11.410	25.120

Saldo copago del Beneficiario : 25.120

PROFESIONAL / INSTITUCION : 99.573.490-7
DERIVADO POR : 6.190.954-0

Inmobiliaria Clinica San Carlos De Apoqu
UCCH



Firma Profesional/Institución

Firma Beneficiario

EMISOR : 21.129.633-K HORA : 10:16 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

753618992

Fecha Emisión : 01/04/2021 Hora: 10:16
Afiliado : 5.141.062-9 RAQUEL FUENTES ESPINOZA
Beneficiario : 5.141.062-9 FUENTES ESPINOZA RAQUEL
DIRECCION : ECHENIQUE 742 -K

Convenio : 41.265 UTM La Reina (PUC)
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 79 SEXO : F

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0302076 PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTR	N		1	14.430	4.510	9.920
0302078 25 OH Vitamina D Total por Inmunoensayo	N		1	22.100	6.900	15.200
TOTALES				36.530	11.410	25.120

Saldo copago del Beneficiario : 25.120

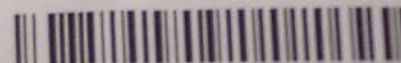
PROFESIONAL / INSTITUCION : 99.573.490-7
DERIVADO POR : 6.190.954-0

Inmobiliaria Clinica San Carlos De Apoqu
UCCH

Firma Profesional/Institución

Firma Beneficiario

EMISOR : 21.129.633-K HORA : 10:16 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



OFTALMOLOGIA

PUERTA DEL SOL

Visión de Confianza

INSTITUTO OFTALMOLOGICO PUERTA DEL SOL S.A.

Explotación de Centros Médicos, Laboratorios

Prestación a Terceros Oftalmología

PUERTA DEL SOL Nº 36

FONO: 22411 5700 - FAX: 22411 5701

COMUNA LAS CONDES

R.U.T. : R.U.T. 96.759.910-7

BOLETA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA

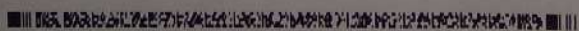
Nº 272

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Santiago, 18/01/2021

Paciente: RAQUEL FUENTES ESPINOZA 5141062-9

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNIT.	TOTAL
1	EXAMENES OCT PAPILA Y MACULA TM ANDRES VAILLANT	65,000	65,000
		EXENTO	65,000
		TOTAL	65,000



Timbre Electrónico SII

Res. Nº 80 de 2014 Verifique documento en www.sii.cl

Visualice este documento en: <http://boletasdte.softlandcloud.cl/PUERTASOL/boleta.php>

Nombre:

Fuentes Espinoza, Raquel

Valor inicial 1 Actual

ZEISS

ID: 5141062-9

Fecha de examen: 16-04-2016 18-01-2021 IOPS

Fecha de nacimiento: 15-01-1942

Hora del examen: 12:18 9:28

Sexo: Femenino

Número de serie: 5000-3865 5000-3865

Técnico: Tecnología, IOPS

Intensidad señal: 7/10 6/10

Análisis de progresión guiada - Células ganglionares: (GCIPL™)

OD ☐ OS ☒

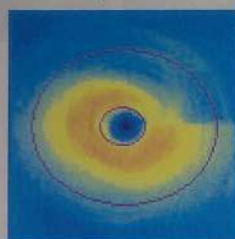
Valor inicial 1
16-04-2016 12:18:08
5000-3865
SS: 7/10
Grosor promedio: 78

Valor inicial 2
21-08-2018 8:50:58
5000-3865
R2 SS: 9/10
Grosor promedio: 75

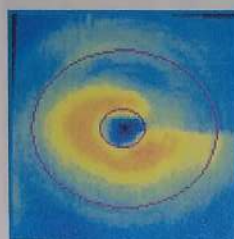
Examen 3
10-10-2019 9:35:27
5000-3865
R2 SS: 9/10
Grosor promedio: 74

Examen 4
18-01-2021 9:28:10
5000-3865
R2 SS: 6/10
Grosor promedio: 73

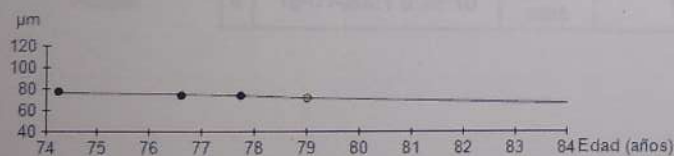
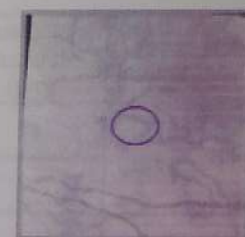
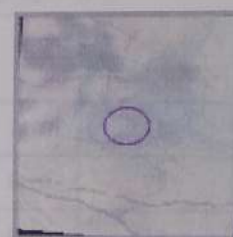
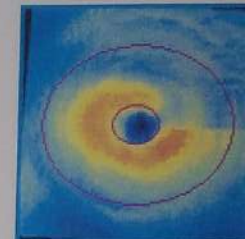
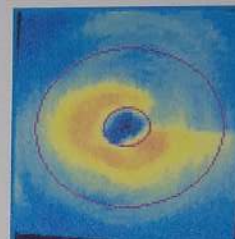
225
150
75
0 µm



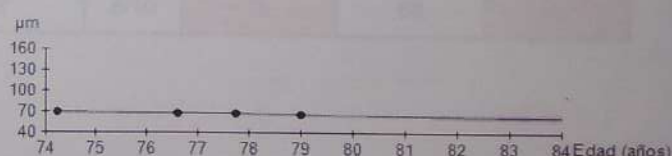
Valor inicial 1



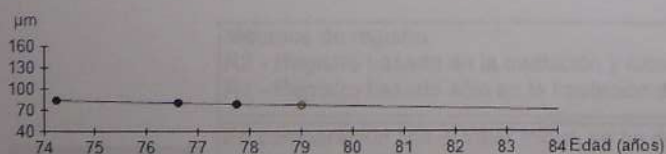
Valor inicial 2



Grosor de GCL + IPL promedio
Intensidad de cambio: $-0,98 \pm 0,39 \mu\text{m}/\text{Año}$



Grosor total superior
Intensidad de cambio: $-0,65 \pm 0,69 \mu\text{m}/\text{Año}$



Grosor total inferior
Intensidad de cambio: $-1,31 \pm 0,21 \mu\text{m}/\text{Año}$

Resumen GCL + IPL de OS

☐ Progresión del mapa de grosor de GCL + IPL

☒ Progresión del grosor de GCL + IPL

Pérdida posible

Pérdida probable

Aumento posible

Puede ser el resultado de la variabilidad de la medición. Confirmar con exámenes adicionales.

Comentarios

Análisis editado: 18-01-2021 13:37

Firma del doctor

Paulina Flores Ov
RUT: 18.170.20
Tecnólogo M
Oftalmol

SW Ver: 10.0.0.14618
Copyright 2016
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Página 1 de 2



CORDILLERA[®]
C L I N I C A

Salud de calidad a su alcance

Dirección:
Av. Fleming 7889, las C
Fono: 22 834 7530

FUENTES ESPINOZA, RAQUEL
ID: 5141062-9
14-08-2019 CR(3)
T SACRO



Sr.(a) RAQUEL FUENTES ESPINOZA

Edad 79 años

RUT 5141062-9

Domicilio BARCELONA 2116 PROVIDENCIA

Ciudad STGO

Fecha 23.04.2021

Indicaciones clínicas y/o plan de tratamiento

recetario magistral

vitamina d 50.000 UI

C/U

4 capsulas

tomar una semanal con agua alejado de las comidas

DRA. CATHERINE ANDRIANA VOLARIC SAUD

RUT : 12263882-0

NEUROLOGÍA

Sr.(a) RAQUEL FUENTES ESPINOZA

Edad 79 años

RUT 5141062-9

Domicilio BARCELONA 2116 PROVIDENCIA

Ciudad STGO

Fecha 23.04.2021

Rp.:

1) Buscar a alguien que ponga inyecciones

tol 12 inyectable
1 ampolla semanas por 3 veces im

2) 1 a la semana
x 3 semanas

tol 12 oral 1 al día permanente

1 al día
(No de p horario)

Las vitaminas que hay que mandar a hacer, se deben tomar

1 semanal con Agua (NO TE) alipudo de les comidas.

Desayuno 10:30

Vertermina a las 12:00

lmuerto a las 14:00

DRA. CATHERINE ANDRIANA VOLARIC SAUD

RUT : 12263882-0

NEUROLOGÍA

JEEVIKA PHARMA PVT LTD
3-23/A/1/2/3, FIRST FLOOR, K L TOWERS, SRI KRISHNA NAGAR, YOUSUF GUDA, HYDERABAD -500045
TEL: 7032221901
WHATSAPP NO: 00917032221901
MAIL ADDRESS: shree2006dxb@gmail.com

GSTIN: 36AAECJ0246J1ZN
IEC NO: AAECJ0246J
DL NO 20B: TS/HYD/2018 - 36473
DL NO 21B: TS/HYD/2018 - 36473

NAME - Mr. RAQUEL FUENTES ESPINOZA
REFERRED BY:
ADDRESS: ECHENIQUE 7421 - K, LA REINA, SANTIAGO, CHILE.
NO: 5 141 062 9
CONTACT NO: 0056 957697640
MAIL ADDRESS: paulinaportas@yahoo.com

BILL NO: JP-0661

BILL DATE 09-02-2021

PRODUCT NAME	PACK	BATCH	MFG	E.X.P.	QTY	RATE (\$)	AMOUNT (\$)	HSN	CGST	AMOUNT	SGST	AMOUNT	IGST
NINTENA 150MG CAP	10	HAC0013A	SUNPH	12/22	18	\$ 7.78	\$ 140.00	30049099	0	0.00	0	0.00	0

STATECODE:

GROSS	DISCOUNT	TAXABLE	CGST	SGST	IGST	GST AMOUNT	ADJ	ROUNDING	PAYABLE
140.00	\$ -	\$ 140.00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 140.00
SHIPPING CHARGES									\$ 30.00
TOTAL AMOUNT:									\$ 170.00

WORDS (ONE HUNDRED AND SEVENTY US DOLLARS ONLY)

EXCLUSIVE OF ALL TAXES

hereby certify that the goods supplied against this invoice do not contravene Section (18) of the Drugs Act, 1940. Subject to Hyderabad jurisdiction only. E & O.E. Goods once sold will not be taken back or exchanged.

FOR JEEVIKA PHARMA PVT LTD

