



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

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Cesfam, SUA, Posta Rural, etc):
DIRECCIÓN: Av. Inmaculada Concepción 287
CIUDAD: SANTIAGO
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Catalina Caceres Riquelme
RUT: 18.630.234-6

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: ESTRELLA CHARLOT HUAMANI BRAVO
RUT: 23.695.690-3 PREVISIÓN: FONASA
DIRECCIÓN: CRISTOBAL COLON 1407 LO SECO COLINA
COMUNA: REGIÓN: REGIÓN METROPOLITANA
TELÉFONO FIJO: 93067071 TELÉFONO MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:
Salud Oral de la Embarazada (SOE)



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 reclamar ante Fonasa o Isapre, según corresponda. Si la respuesta que recibe no es satisfactoria, puede recurrir en una segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: jueves, 18 de noviembre de 2021 12:40 p. m.

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma y huella digital del paciente)

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

Nombre:

Rut:

Número de Teléfono Móvil:

Dirección Correo Electrónico (e-mail):