



CHOPPELO CONCHA, AYLEEN NOEMÍ
ayleenchoppelo@gmail.com

 **Mi Perfil**
Identidad & contacto >

 **Mis Campañas**
Declaración de intención >

 **Mi Agenda**
Gestione sus horas >

 **Mis Vacunas**
Comprobante de vacunación

 **Validación**
Vacunas internacionales >

 **Mis Encuestas**
Efectos adversos >

 **C19**
Ingreso al país >

 **Acceso de**

Comprobante de Vacunación



 ¿Recibió vacunas en el extranjero? **Declárelas en el menú de Validación de vacunas internacionales**

Campaña Influenza 2021

Esquema: Esquema por defecto

dosis

1

5 de mayo de 2021

Influvac ✓

Abbot

Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar (ex CESFAM Paine), Paine Region Metropolitana de Santiago

Lote: Y11

 **DESCARGAR**

 **VER**

En caso de alguna diferencia en la información o de algún problema técnico en la plataforma, favor completar el formulario de soporte.

FORMULARIO

También puede resolver sus dudas contactando a Salud Responde al número 600 360 7777. Para orientación general: Chile Atiende al número 101

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

Datos del prestador

Nombre de la Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)

HBUT

Dirección

Gran Avenida #3204

Nombre persona que notifica

Elis Francisca Díaz Pdta

Ciudad

Stpo

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

17.918.440-K

Antecedentes del paciente

Nombre completo

Jazlyn Luna Riveros

Dirección

Concepción #P30 v Conquistador Pano

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

RUT

18.086.4253

Aseguradora (Seleccione una opción)

X

FONASA

ISAPRE

Comuna / Región

Pano - CR

Correo electrónico (E-mail)

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Diabetes Gestacional

Notificación

Fecha:

01/12/21

Hora:

X 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", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

Informé diagnóstico GES

Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento

Firma o huella digital del paciente o representante

IMPORTANTE : El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

RUT

Correo electrónico (E-mail)

DECLARACION JURADA

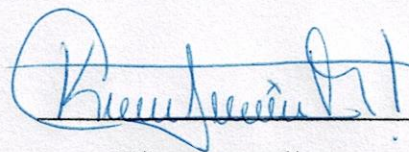
Paine, 16 de marzo del 2022

Yo Karen Javiera Concha Miranda RUT 20.278.182-9, estudiante de segundo año de Psicología, facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, declaro que no puedo asistir a clases en la modalidad 100% presencial en este tercer y cuarto semestre de carrera, ya que tengo una niña de 4 años de edad y la persona que debería cuidármela para estudiar esta cursando un embarazo de riesgo, tiene 26 semanas, pero podrá cuidar a mi hija para el año 2023 ya que su hijo tendría 9 meses y estará con más defensas y esperemos que esta pandemia acabe de una vez; pero al día de hoy no puede estar al cuidado de una niña tan pequeña por motivos antes dichos y que a la edad de mi hija requieren mucho más cuidado, y mi mama y hermana trabajan, es decir, no tengo un sistema de apoyo y con el COVID-19 y sus variantes me da mucho temor en dejarla con una persona que no es de confianza y le pueda pasar algo o contagiarse debido a que Ayleen no tiene sus vacunas del COVID-19.

Ayleen es una persona de riesgo debido a que no tiene sus vacunas del COVID, y yo Karen Concha tengo resistencia a la insulina, a un paso de ser diabética y tengo obesidad tipo III que me la estoy tratando con médicos.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo de manera individual, el cual corresponde a la flexibilidad que me permite la universidad por ser madre de una menor, puede ser revocado por el ministerio de educación.

Además, faculto a la institución de Educación Superior a solicitar documentación que respalde lo dicho anteriormente si fuese necesario.



Firma estudiante.