

Solicitud flexibilidad asistencia

Bastien Alejandro Gutierrez

01-06-2023

12:45 (hace
2 horas)

para mí

Buenas días

Esperando que se encuentren bien, escribo para realizar la solicitud de rebaja de asistencia con motivo de salud mental, a continuación adjunto certificados médicos para justificar la solicitud.



HOLISTIMED
SALUD INTEGRAL

CENTRO DE SALUD INTEGRAL HOLISTIMED
Bienestar es Salud

Certificado de Atención

El profesional que suscribe certifica que la persona identificada a continuación asiste a **Psicoterapia Presencial en Centro de Salud Integral Holistimed** desde la fecha 14 de marzo de 2023.

Se extiende el siguiente certificado para los fines que el consultante estime convenientes.

Nombre : Bastian Alejandro Gutiérrez Morales

RUT : 19.233.826-3

Edad : 27 años

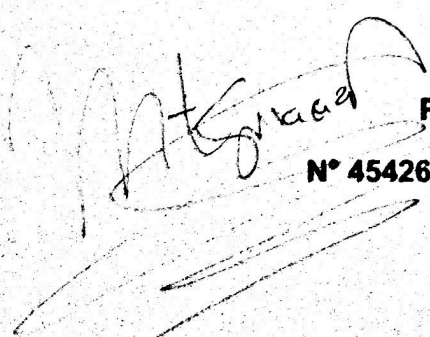
El paciente Bastian Gutiérrez se encuentra en proceso de evaluación y tratamiento psicoterapéutico en modalidad presencial a partir de la fecha indicada anteriormente. Las temáticas evaluadas giran en torno a su estado de ánimo, conflictos interpersonales y familiares, además de que el paciente relata tener algunos problemas socioeconómicos que inciden en su bienestar mental. Actualmente, Bastian G. se encuentra en proceso de empezar un tratamiento psiquiátrico como apoyo y refuerzo a la terapia psicológica.

María Ignacia Araos C.

17.703.573-4

Psicóloga Clínica Adultos

N° 454266 Registro de Prestador de Salud


Ψ **María Ignacia Araos C.**
17.703.573 - 4
Psicóloga
Reg. de Salud 454266

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

Datos del prestador

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

CONSULTA PARTICULAR

Dirección

CALLE FONTECILLA 101 OF 416 LA JONAS

Ciudad

SANTIAGO

Nombre persona que notifica

MARLENE MARTINEZ SEPULVEDA

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

13 081483-2

Antecedentes del paciente

Nombre completo

BASTIAN GUTIERREZ MORALES

RUT

19233826-3

Aseguradora (Seleccione una opción):

☒

FONASA

☐

ISAPRE

Dirección

PROF JUAN GOMEZ MILLAR 2615 03

Comuna / Región

NOVA / METROPOLITANA

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

756999933654

Correo electrónico (E-mail)

bastian.gutierrez110@gmail.com

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Trastorno Afectivo Bipolar

Notificación

Fecha:

30/5/23

Hora:

17:30 hr

☒ 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

RUT

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

Correo electrónico (E-mail)