

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

Datos del prestador

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

Hospital Exequiel González Cortés

Dirección

Gran Avenida Jose Miguel Carrera 3300

Ciudad

San Miguel, Región Metropolitana

Nombre persona notifica

IGNACIO ANDRES PARRA MORALES

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

18025805-1

Antecedentes del paciente

Nombre legal completo

SOFIA BELEN HERNANDEZ VEGA

RUT

21752809-7

Dirección

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

Nombre social

Aseguradora (Seleccione una opción):

☒ FONASA

☐ ISAPRE

Comuna / Región

San Joaquín

Correo electrónico (E-mail)

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Manejo quirúrgico escoliosis en menores de 25

☒ Confirmación diagnóstica

☐ Paciente en tratamiento

Notificación

Fecha:

28/07/2023

Hora:

16:14

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

Dr. Ignacio Parra Morales
Ortopedia y Traumatología
18025805-1

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: CYNTHIA VEGA PIZARRO

RUT: 12888445-9

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular: 976356313

Correo electrónico (E-mail): sofiabelenhv@gmail.com