

• Solicitudes - FACSO

Anaís Ignacia Jiménez Corvalán [Boletines](#)

Activo

20788426-K

Año
Ingreso

2021

Email

anaís.jimenez@ug.uchile.cl

Tipo
Ingreso

Ingreso Regular
655

Dirección

Valentina 1845, Puente
Alto, Santiago, Chile

Carreras

- Licenciatura en Sociología v6

Teléfono

+56966715135

Regular

- Sociología v6

Regular

Solicitud

Tipo de
Solicitud

Postergación de Semestre

Fecha

Ayer, a las 17:13 hrs.
22/10/2023 17:13

Período para la
Solicitud

2023 Segundo Semestre

Principal
Causal
Indicada por el
Estudiante

Familiares

Solicitud del
Estudiante

Debido a circunstancias familiares que requieren mi atención inmediata, mi salud física que se ve en decadencia debido a

ciertas enfermedades y mi salud mental que se encuentra en mal estado, me veo en la necesidad de tomar esta difícil decisión.

Esta elección no ha sido fácil para mí, ya que valoro profundamente la educación y el compromiso que he mantenido durante mi tiempo en esta institución. Sin embargo, las actuales situaciones familiares demandan mi presencia y apoyo inmediato, lo que me impide continuar con mis estudios de manera efectiva.

Agradezco a todos los profesores, compañeros y personal de la institución por el apoyo brindado durante mi tiempo aquí. He aprendido mucho y aprecio profundamente todas las oportunidades que se me han brindado.

Mi intención es retomar mis estudios en un futuro, una vez que la situación familiar se estabilice. Mientras tanto, me comprometo a continuar mi desarrollo académico por otros medios, manteniendo el deseo de volver a esta institución cuando las circunstancias lo permitan.

Les agradezco su comprensión y apoyo en este momento.

Archivo
Adjunto

[exámenes y procedimientos .pdf](#) (2.1 mb)

ORDEN PRUEBA DE LABORATORIO

Número de Orden: 8759095

INSTRUCTIVO GENERAL

Usted debe asistir cumpliendo con todas estas indicaciones.

Portar su Carnet de Identidad.

2. Establecimiento	
Los Quillayes (CGU)	
CORBALAN	ANAIS
Segundo apellido	Nombres
s recién nacido, RUN, de padre o madre beneficiario	
RUN Madre	
SECTOR TIERRA	
Sector	
21-07-2001	22 años
Fecha de Nacimiento	Edad
es Depto. e22 Block 12, La Florida - XIII Región Metropolitana - Chile	
rior, bloque (block), villa, localidad)	
66715135	
Teléfono 1	Teléfono 2
Teléfono Móvil	Teléfono Laboral
Teléfono Contacto	

Correo Electrónico

Pablo

Erika

Nombre Padre

Nombre Madre

DATOS CLÍNICOS

Hipótesis diagnóstica o diagnóstico

- HIPOTIROIDISMO; - Diagnóstico Principal

¿ Es GES ?

NO

X

SI

Especificar Problema

Observaciones

Se solicitan las siguientes pruebas de Laboratorio

- (0301045) - Hemograma (Incluye Recuentos De Leucocitos Y Eritrocitos, Hemoglobina, Hematocrito, Formula Leucocitaria, Características De Los Elementos Figurados Y Velocidad De Eritrosedimentacion)
- Obs:
- (0303024) - Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) - Obs:
- (0303026) - Tiroxina libre (T4L) - Obs:

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

LUGO

QUEVEDO

VIRGINIA

Primer apellido

Segundo apellido

Nombres

DATOS DE PACIENTE

Nombre: ANAIS JIMENEZ CORBALAN

RUN: 20788426-k

Número de Orden: 8759095

Número de Ficha: lbNumeroFicha

1 / 2 Páginas

VIRGINIA LUGO
27.227.816-4
Reg. 716130
Médico General

19/10/23
0900
W. Villagran

Manuel Rodríguez #2989, Maipú FONO: +56 2 2836 0700 Sitio Web: www.labholanda.cl Email: info@labholanda.cl

Nombre : ANAIS JIMENEZ CORBALAN Rut : 20.788.426-K
Nº Atención : 3617986 Sexo: Femenino Edad : 22a 1m 12d Fecha Ingreso : 02/08/2023 9:54:26
Médico : MEDICO TRATANTE Fecha Impreso : 25/09/2023 12:53:56
Procedencia : LF-LOS QUILLAYES Sector : SECTOR 1
Programa : <Sin Programa> SubP : <Sin SubPrograma>

SECCION HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA	Unidad	Resultado	Valor de Referencia
LEUCOCITOS	(x10 ³ /uL)	9,0	4,4 - 11,3
ERITROCITOS	(mlll/mm3)	4,58	4,1 - 5,1
HEMOGLOBINA	(g/dL)	11,9	[B] 12,3 - 15,3
HEMATOCRITO	(%)	36	35 - 47
V.C.M	(fL)	78,6	[B] 80 - 96
H.C.M	(pg)	26	[B] 28 - 33
C.H.C.M	(%)	33,1	32 - 36
PLAQUETAS	(x10 ³ /uL)	297	140 - 400
FORMULA DIFERENCIAL			
EOSINOFILOS	(%)	2	2 - 4
BASOFILOS	(%)	0	0 - 1
BLASTOS	(%)	0	
PROMIELOCITOS	(%)	0	
MIELOCITOS	(%)	0	
JUVENILES	(%)	0	0 - 1
BACILIFORMES	(%)	0	0 - 4
SEGMENTADOS	(%)	58	50 - 70
LINFOCITOS	(%)	32	25 - 40
MONOCITOS	(%)	8	2 - 8
TOTAL	(%)	100	

CARACTERISTICAS AL FROTIS

ERITROCITOS : Anisocitosis leve, Microcitosis leve, Hipocromia leve

LEUCOCITOS : Normales al frotis

PLAQUETAS : Normales al frotis

VHS (mm/hr) : 43 [A] 1 - 25

Fecha de Recepción : 02/08/2023 14:08:36
Fecha de Validación : 02/08/2023 20:16:43
Método Analítico : Citometría, DxH 800 Beckman Coulter
Tipo de Muestra : SANGRE TOTAL + E.D.T.A

[A] = Alto
[B] = Bajo

Director Técnico
TM. Leonel López Cuentas

Jefe Laboratorio
TM. Andrea Ramos P.

Validado por:
TM. Ignacio Piñero Mesa



RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS
CENTRO DE SALUD FAMILIAR LOS QUILLAYES
Julio César 10.905 - Fono: 2 2706 00 00
La Florida - Santiago

NOMBRE : _____

DOMICILIO : _____

EDAD: _____ C. IDENTIDAD N° _____

FECHA: ____/____/____

Rp.:

Hora con
Psicólogo

Dr. Esteban Iniguez A.
Rut: 27.915.557-2 - REG. SIS. N° 100
MEDICO CIRUJANO

Firma

Fecha: _____

IMP. COMUDEF

Código:

Solicitar hora de:

Control salud mental con : psicólogo

Consejería:

Ingreso médico salud mental:

Otra:

1 hora c/15 días =

Para el día: 2 horas al mes total

Ps. Dinamarca

Dr

L-V
830 930 Hrs

Día Mes Año
Fecha Solicitud 29 11 2022

1. Servicio de Salud

2. Establecimiento

S.S. Metropolitano Sur Oriente

Los Quillayes [CGU]

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

JIMENEZ

CORBALAN

ANAIS

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

20788426k

RUN

Si es recién nacido, RUN. de padre o madre beneficiario

RUN Madre

Fonasa A

SECTOR TIERRA

Previsión

Sector

MUJER

21-07-2001

21 años

Sexo

Fecha de Nacimiento

Edad

Pasaje maria elena 1225 Los Quillayes Depto. e22 Block 12, La Florida - XIII Región Metropolitana - Chile

Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

La Florida

66715135

Comuna de residencia

Teléfono 1

Teléfono 2

Teléfono Móvil

Teléfono Laboral

Teléfono Contacto

Correo Electrónico

Pablo

Erika

Nombre Padre

Nombre Madre

DATOS CLINICOS

Hipótesis diagnóstica o diagnóstico - HIPOTIROIDISMO; - Diagnóstico Principal

¿ Es GES ?

NO ☒ SI ☐

Especificar Problema

Observaciones

a partir del 11/01/22

Se solicitan las siguientes pruebas de Laboratorio

- (0303024) - Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) - Obs:

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

MENDEZ

ALBARRACIN

SIMON

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

258629051

RUN

Firma profesional

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): LOS QUILLAYES [CGU]
DIRECCIÓN: JULIO CÉSAR N°10905 CIUDAD: LA FLORIDA
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Stefany Romero Hernandez
RUT: 27.082.132-4

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: ANAIS JIMENEZ CORBALAN
RUN: 20.788.426-k PREVISION: ☒ FONASA ☐ ISAPRE
DIRECCIÓN: maria elena N°: 1225 COMUNA: La Florida REGIÓN: XIII Región
Block: 12 Depto: e22 Metropolitana
N° TELÉFONO FIJO: N° TELÉFONO CELULAR: 66715135
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-EMAIL):

INFORMACIÓN MÉDICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: 28-07-2022 10:52:49

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.

Stefany Romero Hernandez
Médico Cirujano
Rut: 27.082.132-4

INFORME DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

[Firma]

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente o representante)

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

Nombre: _____ RUT: _____
Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección correo electrónico (e-mail): _____

IMPORTANTE:

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