

*Oscar Negrete Higuera.

DRA. KAREN ANDREA ARANCIBIA REYES

MÉDICO CIRUJANO

RUT: 16.875.449-3 RCM: 35764-2

PROFESOR ZANARTU 1085, INDEPENDENCIA

✉ karancibia@gmail.com

☎ 9 6600 8410

00865

Fecha: 11-10-2023

Nombre Paciente: Antan Moya Alvarado

Edad: 20 RUT: 21185871-0 Ciudad: Stgo

Domicilio: Pichilemu 6694

- Paciente con episodio ^{Rp.} depresivo reactivado en ajuste de tto.
- Reposo en domicilio x 7 días.
- Considerar posibles faltas x 1 mes, ante ajuste.

Adjunto para fines
educativos

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

SERVICIOS GRAFICOS J&C LTDA. • CUEVAS 1460 / SANTIAGO • FONO/FAX: 25543841 • R.U.T: 78.953.360 - 1



FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACION AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, ley 19.966)

Datos del Prestador

Nombre de la Institución Instituto Psiquiatrico Dr José Horwitz Barak	Comuna Recoleta
Nombre persona que notifica FRANCISCA CORNEJO	Rut: 17754458-2

Antecedentes del Paciente

Nombre Completo OSCAR ARMANDO NEGRETE HIGUERA Nombre Social awkan moya	Rut 21185871-0	Aseguradora FONASA B
Dirección PICHILEMU N° 6694	Comuna Cerro Navia	
Teléfono de Contacto Fijo: Celular: 933976747	Correo Electrónico	
Información Médica Confirmación Diagnostico GES (Problema de Salud - Patología) CUADRO DEPRESIVO (CONFIRMADA)	Notificación Fecha: 10/10/2023 Hora: 13:53	
☒ Confirmacion Diagnóstica ☐ Paciente en Tratamiento		

Constancia

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explicitas de 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.

IMPORTANTE: EL paciente debe tener presente que si no se cumplen con las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o a 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: _____
Fijo: _____

Indicaciones

- PSICOEDUCACIÓN - VIGILANCIA ESTRICTA POR FAMILIARES, VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS, RETIRO DE OBJETOS POTENCIALMENTE LESIVOS. - SE REINICIA TRATAMIENTO CON SERTRALINA 50 MG 1/2 COMPRIMIDO EN LA MAÑANA DESPUÉS DEL DESAYUNO POR 7 DIAS LUEGO 1 COMPRIMIDO EN LA MAÑANA VÍA ORAL Y PREGABALINA 75 MG 1 COMPRIMIDO EN LA NOCHE 30 MIN ANTES DE DORMIR VÍA ORAL - INICIAR CONTROLES EN CESFAM CORRESPONDIENTE CON INGRESO A SALUD MENTAL PARA PSICOTERAPIA Y CONTROL CON MEDICO DE SM - ACUDIR A URGENCIA EN SOS

Medicamentos en Box:

LORAZEPAM 4MG/2ML 1 1 amp IM / Suministrado por: MARCO MOYA / Obs: IM / Fecha: 10/10/2023 13:51:43

Evolución del Paciente:

Cons. Lesiones:

- S/L ☐
Leves ☐
Medianas ☐
Graves ☐

Procedimientos de Urgencia:

Sin Procedimientos

Destino:

Derivación (Centro de Salud Familiar Cerro Navia)

Derivado a: para REALIZAR TRATAMIENTO , metodo de derivación: A PIE

Fecha Egreso: 10/10/2023 Hora Egreso: 13:53:06

Se entrega información y documentación al Paciente? SI - Ley de Urgencia NO

Atención cerrada por:

Firma

FRANCISCA CORNEJO

Rut: 17754458-2

Motivo: Alta Medica

Fecha impresión: 10/10/2023 13:53:07