

• Solicitudes - FACSO

• Solicitud de Inasistencia Justificada

Estudiante	Fernanda Nahuelpán M. 20883647-1
Carreras	• Licenciatura en Sociología • Sociología
Fecha Desde	16/08/2023 00:00
Fecha Hasta	23/08/2023 23:59
Comentarios Estudiante	Muy buenas tardes, envío esta solicitud como justificación de inasistencia para las clases del 16 y 23 de agosto de la clase de Análisis de Información Cualitativa debido a problemas personales que involucra mi salud mental. Padezco de Depresión diagnosticada y por problemas no he podido seguir mi tratamiento, llevando así a un desequilibrio mental durante esas fechas haciéndome incapaz de asistir a dichas clases. Pido comprensión para justificar mis ausencias.
Archivos Adjuntos	20231203_144016.jpg (2.3 mb)

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): CENTRO DE SALUD FAMILIAR DRA. HAYDEE LÓPEZ CASOOU

DIRECCIÓN :

CIUDAD : EL BOSQUE

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA : Evelyn Vilca Alfaro

RUT : 18.138.857-9

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE : FERNANDA SARAHI NAHUEL PAN MONSALVE

RUN: 20.883.647-1

PREVISION : ☒ FONASA ☐ ISAPRE

DIRECCIÓN : pasaje hierro N°: 97

COMUNA : El Bosque REGIÓN : XIII Región Metropolitana

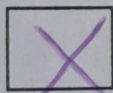
N° TELÉFONO FIJO : 62743020

N° TELÉFONO CELULAR : 62743020

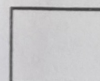
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-EMAIL) :

INFORMACIÓN MÉDICA

DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN : 19-11-2021 10:29:56

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 persona que notifica)

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