

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

Datos del prestador

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

Clinica Umanah

Dirección

Av. La Paz 2101

Nombre persona que notifica

Cecilia Cardenas B.

Ciudad

Stgo

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

9.571.605-9

Antecedentes del paciente

Nombre completo

Jorge Roberto Echeverría

RUT

17.783.258-8

Aseguradora (Seleccione una opción):

☐ FONASA

☒ ISAPRE

Dirección

Jorge Richeberg #1823

Comuna / Región

Nuñoa RM

Teléfono de contacto:

Fijo: 9

Celular: 954966548

Correo electrónico (E-mail)

jleiva2.e@gmail.com

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Eclampsia Multiple

Notificación

Fecha:

27/9/2012

Hora:

16:02

☒ 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.

DRA. CECILIA CARDENAS DE DECARATZ
NEUROLOGIA
RUT: 9.571.605-9

Informe 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)