

GES 4

↳ oficina

GES Piso 1.

Piso 15.

Sra Nasa (secretaria
general).

→ timbre del
establecimiento

→ Firma al
Director Medico

Asistente
sonid

CERTEFICACIÓN MÉDICA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ENFERMO/A TERMINAL Ley N°21.309

FECHA DE EMISIÓN: 3 de Julio de 2023

CERTIFICACIÓN DEL/LA SOLICITANTE

Nombre completo	MANUEL MARCELO PACHECO VELIZ				
RUN	10150004-7	Edad	57	Previsión	FONASA
Teléfono Celular	967957235	Teléfono Casa	982639614	Correo Electrónico	BARBARA.MAGDALEN@GMAIL.COM
Domicilio	CONSTANCIA 395, SAN JOAQUÍN, REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO				

B1. HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico atingente a la solicitud	CANCER GASTRICO ETAPA IV		
Fecha diagnóstico atingente a la solicitud	Abril de 2023	Lugar de cuidado actual	Hospitalización
Establecimiento donde recibió tratamiento especializado para la enfermedad principal	CLINICA RED SALUD SANTIAGO		
Fundamentos y aspectos clínicos que apoyan el pronóstico de vida menor a un año	ANTECEDENTES MÓRBIDOS - MÉDICOS: HTA, DM2 NIR - QUIRÚRGICOS: HERNIA UMBILICAL, COLELITIASIS - MEDICAMENTOS: SUSPENDIÓ LOSARTAN - ALERGIAS: ATORVASTATINA 2 COMP AL DÍA, ASPIRINA, ESOMEPRAZOL 1 CADA 12, TRAMADOL 15 GOTAS CADA 8, ONDANSETRÓN 1 AL DÍA, PARACETAMOL 1 GR CADA 8, LACTULOSA SOS, VASELINA SOS - HÁBITOS: TBQ 20 CIG/D X 40 AÑOS, SUSPENDIDO ABRIL 2023; OH OCASIONAL - FAMILIARES: TÍOS MATERNOS 4 CON CÁNCER GÁSTRICO - SOCIALES: CASADO (SILVIA SOTO), HIJA (BÁRBARA PACHECO), SOBRINA (MACARENA PACHECO); TIENE 2 HIJOS MÁS; VIVE CON ESPOSA Y 2 HIJOS EN SAN JOAQUÍN; COLECTIVO TRANSPORTE PÚBLICO - CONTACTO 9 8263. 9614 (SILVIA) / 9 6795 7235 HISTORIA ONCOLÓGICA A) EPIGASTRALGIA DESDE PRINCIPIOS DE ABRIL 2023, BAJA DE PESO 20 KG EN MES Y MEDIO. EDA 14.04.23: BORRMANN MIXTO REGIÓN SUBCARDIAL BAJA Y CUERPO PROXIMAL. TEST DE UREASA NEGATIVO TC TAP 16.04.23: EXTENSO COMPROMISO DE LA PARED GÁSTRICA CON LOS CARACTERES DE NEO PRIMARIA TRANSMURAL, CON SIGNOS DE EXTENSIÓN HACIA EL TEJIDO ADIPOSEO PERIGÁSTRICO, LOS LIGAMENTOS GASTROHEPÁTICO Y GASTROESPLÉNICO Y EL PERITONEO. VARIOS NÓDULOS HEPÁTICOS DE CARÁCTER SECUNDARIO. EDA 28.04.23: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ACTIVA. ENDOSCOPIA INCOMPLETA. SOSPECHA DE TUMOR GÁSTRICO. NUEVA EDA 28.04.23: LESIÓN ULCERADA GÁSTRICA, BIOPSIAS BP: ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO, HER2- FOLFOX X 6 Y REPRESENTAR - CICLO #1: 29.05.23; HB 10, / LEUCO 11300 / FA 224 / GGT 241 / CREA 0,8 EXAMEN FÍSICO TALLA 167 PESO 97 REUMEN Y PLANES HOMBRE DE 57 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE HTA Y DM2 NIR; DIAGNÓSTICO EN ABRIL 2023 DE CÁNCER GÁSTRICO TIPO ADENOCARCINOMA ETAPA IV POR COMPROMISO HEPÁTICO Y PERITONEAL. ECOG 3 MAL PRONOSTICO		
Usted como tratante, ¿considera que el paciente podría fallecer dentro de los próximos 12 meses?	<input checked="" type="radio"/> Si		
Especialidad	Oncología		

B2. HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA

Dispone de biopsia	<input checked="" type="radio"/> Si
Fecha	Abril de 2023
Resultado	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO
Se ha realizado comité oncológico	<input checked="" type="radio"/> Si

C1. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN ONCOLÓGICOS

El paciente se encuentra en terapia sistémica	<input checked="" type="radio"/> No
Razón	
Procedimientos quirúrgicos y/o semi invasivos asociados al diagnóstico principal	<input checked="" type="radio"/> Si
Especificación de procedimientos	RESECCION GASTRICA
Fecha de procedimientos	Julio de 2023

El declarante que, con el objeto de obtener o facilitar la obtención indebida de los beneficios que establece la ley N° 21.309, para sí o para terceros, oculte información o proporcione antecedentes falsos, en perjuicio de cualquier involucrado en la presente gestión, podrá ser sancionado con las penas que establecen los artículos 210 y 467 del Código Penal.

G. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre	Daniela Patricia Arellano Maldonado				
RUN	14333778-2	Especialidad	Salud Pública	Correo Electrónico	DANIELAPARELLANO@GMAIL.COM

Declaro bajo juramento que la información consignada en el presente Certificado de Calificación de Enfermedad Terminal es correcta, completa y fiel expresión de la verdad.
Me comprometo a conservar bajo estricta confidencialidad y a utilizar la información de los afiliados que solicitan la emisión de un certificado, únicamente para los fines que motivan la presente declaración de conformidad a lo establecido en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada.

Firma y Timbre médico tratante

Dra. Daniela Arellano M.
Rut 14.333.778-2 RCM 23873-2
Medicina General
Clínica Red Salud Vitacura

LA INSTITUCIÓN QUE FIRMA ACREDITA QUE EL PACIENTE ANTES INDIVIDUALIZADO ESTÁ SIENDO O SE HA ATENDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS POR LAS AFECCIONES INDICADAS EN EL PRESENTE INFORME.

H. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE RECIBE LAS ATENCIONES

Nombre	
Dirección	
Identificación persona encargada de entregar información:	
Nombre	
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

I. IDENTIFICACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO O SU DELEGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre	
RUN	

Declaración jurada para efectos de la ley N° 21.309 que establece beneficios para los afiliados y pensionados calificados como enfermos terminales.

Al firmar el presente documento, declaro bajo juramento que la información consignada en el "Certificado para Solicitud de Beneficios Previsionales" es correcta, completa y fiel expresión de la verdad.

Me comprometo a conservar bajo estricta confidencialidad, y presentar en caso de ser requerido, este certificado y los documentos que sean necesarios para respaldar lo contenido en el presente certificado, y a utilizar la información contenida en él únicamente para los fines aquí señalados, de conformidad a lo establecida en la ley N° 19.628 sobre la Protección de la Vida Privada.

**Firma y timbre director médico o delegado del
Establecimiento de Salud**

Timbre del Establecimiento de Salud