

FORMULARIO DE CONSTANCIA
INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)



DATOS DEL PRESTADOR

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

Clínica Red Salud Santiago

Dirección:

Av. Libertades B. O'Higgins

Ciudad:

Santiago

Nombre persona que notifica:

M^a de Angeles Alvarez

Rut persona que notifica en representación
del Prestador de Salud

11420317-6

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:

Oscar Sepulveda Rojas

Rut:

4293647-2

Aseguradora (Seleccione una opción):

☒ Fonasa

☐ Isapre

Dirección:

Fm Cañillo Veloso 8600
Casa C

Comuna / Región:

La Reina / Metropolitana

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

998428869

Correo electrónico (E-mail):

Marcela Espinoza 1609@
gmail.com

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

25 Trastorno de generación
y control del impulso

Notificación

Fecha:

30/08/23

Hora:

15:05

☒ 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.

Informé 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:

Correo electrónico (E-mail):

Fijo:

Celular: