

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



DATOS DEL PRESTADOR

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

Clínica Preautismo

Dirección:

Av. O'Higgins 3845

Ciudad:

Santiago

Nombre persona que notifica:

Dr. Juan Carlos Calvo

Rut persona que notifica en representación
del Prestador de Salud

13730276-4

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:

Felipe Paredes Luna

Rut:

34234086-6

Aseguradora (Seleccione una opción):



Fonasa



Isapre

Dirección:

Santa Anita 5599

Comuna / Región:

Lo Barnechea

Teléfono de contacto:

Fijo: _____ Celular: *97758277*

Correo electrónico (E-mail):

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Cáncer pautado

☒ Confirmación diagnóstica

☐ Paciente en tratamiento

Notificación

Fecha:

21/2/24

Hora:

17:11 hrs

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.

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:

Francisco Paredes Alvarez

Rut:

7.841.325

Teléfono de contacto:

Fijo: _____ Celular: *99014737*

Correo electrónico (E-mail):