

## INTERCONSULTA

**NOMBRE :** GIOVANNA BELTRÁN URZÚA  
**RUT :** 13.274.910-8  
**EDAD :** 47 AÑOS  
**FECHA :** 11/06/2024

**DE :** ONCOLOGÍA MÉDICA  
**PARA :** IMAGENOLOGÍA / MEDICINA NUCLEAR

**MOTIVO :** SE SOLICITA DENSITOMETRÍA ÓSEA PARA PACIENTE QUE INICIARÁ  
TERAPIA ENDOCRINA CON INHIBIDOR DE AROMATASA

**DR. GERSON PLAZA CONTRERAS**  
**RUT 15051329-4**  
**MEDICINA INTERNA - ONCOLOGÍA MÉDICA**

Clinica Redsalud Vitacura - Tabancura 1185

## INTERCONSULTA

**NOMBRE :** GIOVANNA BELTRÁN URZÚA  
**RUT :** 13.274.910-8  
**EDAD :** 47 AÑOS  
**FECHA :** 04/06/2024

**DE :** ONCOLOGÍA MÉDICA  
**PARA :** IMAGENOLOGÍA

**MOTIVO :** PACIENTE CON CA DE MAMA LUMINAL B OPERADO PT1C N1  
LUMINAL B BI FOCAL. COMPLETA QT ADYUVANTE  
EN ESTUDIO DE CONTROL SE APRECIAN MCC EN DOS GRUPOS EN MAMA DERECHA,  
BIRADS 4  
SE SOLICITA BIOPSIA ESTEREOTÁXICA



DR. GERSON PLAZA CONTRERAS  
RUT 15051329-4  
MÉDICINA INTERNA - ONCOLOGÍA MÉDICA

Clinica Redsalud Vitacura - Tabancura 1185

# Formulario de constancia información al paciente GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

## Datos del prestador

Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): Clínica Nestor Cerón Fernández

Dirección: Av. Libertador Benavente 0° 48' 50" S, 78° 50' 00" W Ciudad: Guayaquil

Nombre persona que notifica: Joselyn More Castañeda

RUN: 15557314-7

## Antecedentes del/la paciente

Nombre legal: Josianne Beltrán Urzúa

Nombre social:

RUN: 13274 P10-8

Previsión: Fonasa ☒ Isapre ☐

Dirección: Parque Huelmo P15 Dpto. D502 Comuna: La Cisterna

Región: RM Teléfono: 950083959 Correo electrónico: josianne.b.u.16@gmail.com

## Información médica

Problema de Salud GES: Cenca de mano N°:

Sospecha ☒

Diagnóstico ☐

Tratamiento ☐

Seguimiento ☐

## Tipo de atención

Presencial ☒

Teleconsulta ☐

## Constancia:

Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la Isapre, según corresponda.

Fecha y hora de notificación: 11/06/2024

[Firma]  
**Informe Problema Salud GES**  
(Firma de persona que notifica)

[Firma]  
**Tomé conocimiento\***  
(Firma o huella digital de paciente o representante)

\*En la modalidad de teleconsulta, en reemplazo de la firma o huella, se registrará el medio a través del cual el/la paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico ☐ Carta certificada ☐ Otros (indicar)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el/la paciente, identificar:

Nombre  RUN

Teléfono  Correo electrónico

**Importante:** Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.