

Nombre: Paulo Nunez Arrijo

Dirección: _____

RUT.: 17397742-5 Fecha: 08.02.24

Rp.:

Asunto:

• BEO name 13/medo

• biopsia bajo

ecotomografía de

nodulo LCS 13/medo

Rp. Cance de Nave

6ES

a Le Inevitable

hace antes
del
22-8-24

 CLÍNICA
REDSALUD
SANTIAGO
Dr(a) MANUEL ROBERTO TORRES ULLOA
ONCOLOGIA MEDICA ADULTO
8.032.294-1
AV. LIB. BDO. OHIGGINS 4850
9983000

SOLICITUD DE EXAMENES LABORATORIO

Nombre	NUÑEZ ARMIJO PAULA ALEJANDRA
Dirección	INES HUERTA ZUÑIGA 501 VILLA MAGISTERIO
Rut	17.397.742-5
Edad	34 Años 9 Meses 28 Días
Sexo	FEMENINO
Fecha Atención	08/08/2024 12:00

03-01-045-00	HEMOGRAMA (INCLUYE RECuentOS DE LEUCOCIT
03-01-067-00	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)
03-02-076-00	PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTR
03-02-075-00	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMAT
03-02-023-01	CREATININA EN SANGRE

OBSERVACION DIAGNOSTICA

08/08/2024 13:02

DG : CANCER DE MAMA.GES

Dr. Manuel Roberto Torres Ulloa
Rut: 8.032.294-1
Oncología Médica
Clínica Santiago

Dr(a) MANUEL ROBERTO TORRES ULLOA
8.032.294-1

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



DATOS DEL PRESTADOR

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

Unice Red Salud Santiago

Dirección:

Av. B. O'Higgins

Ciudad:

E. Central

Nombre persona que notifica:

Roberto Torres Ulloa

Rut persona que notifica en representación
del Prestador de Salud

0032294-1

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Legal:

Paula Mery Arriaga

Rut:

17397742-5

Aseguradora (Seleccione una opción):



Fonasa

☐ Isapre

Nombre Social:

Dirección:

Villa Agustina Juan Antonio

Comuna / Región:

Nequén / RA

Teléfono de contacto:

9 52311775

Correo electrónico (E-mail):

Fijo:

Celular:

9 50840410

INFORMACION MEDICA

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Cancer Pene
izquierda

Notificación

Fecha:

8. Agosto. 24

Hora:

13.00

☐ Sospecha ☐ Diagnóstico ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento

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

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)

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:

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



DATOS DEL PRESTADOR

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

Unice Red Salud Santiago

Dirección:

Av. B. O'Higgins

Ciudad:

E. Central

Nombre persona que notifica:

Robert T. Uvelo

Rut persona que notifica en representación
del Prestador de Salud

8032294-1

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Legal:

Paula Mireya Arriaga

Rut:

17397742-5

Aseguradora (Seleccione una opción):



Fonasa



Isapre

Nombre Social:

Dirección:

Villa Agustina Juan Ibáñez

Comuna / Región:

Requena / RA

Teléfono de contacto:

952311775

Correo electrónico (E-mail):

Fijo:

Celular:

950848410

INFORMACION MEDICA

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Cancer Pene
13/11/2010

Notificación

Fecha:

Hora:

B. Abril. 24

13.00

☐ Sospecha

☐ Diagnóstico

☐ Tratamiento

☐ Seguimiento

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

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)

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: