

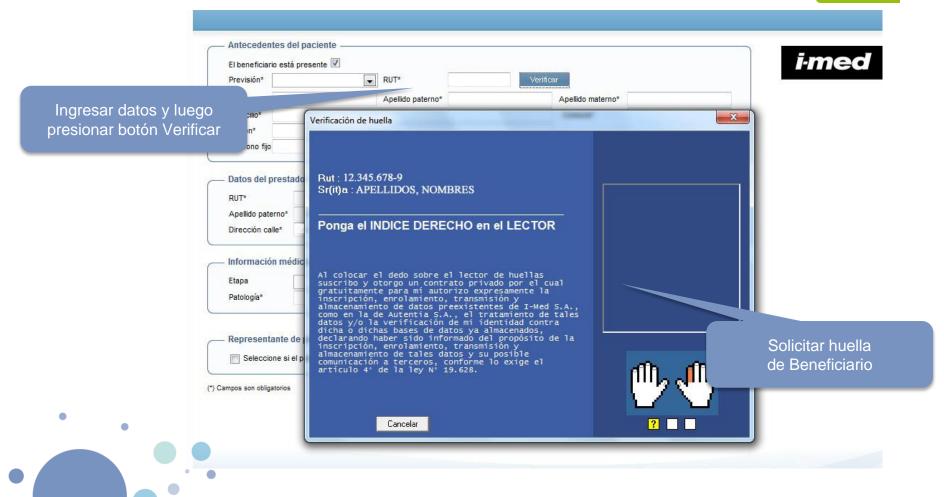


Notificación Electrónica de Pacientes Emisión











Nombres*	▼ RUT ^s	lido paterno*		Apellido ma	aterno*		
Domicilio*				Comuna*			
Región* Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico			Llenar todo
Datos del prestador —							campo
RUT*			Nombre*				
Apellido paterno*		Apellido	materno*		Institución*		
Dirección calle*			Número	Comuna*			
Información médica —							
Etapa Confirma	ción diagnóstica 💌						
Patología*							
Representante de pacien	te —						
Seleccione si el paciente no es quien recibe la notificación GES. (Opcional)						Presiona continua	
mpos son obligatorios							
ripos son obligatorios					Cc	ntinuar	



I beneficiario está presente 🗹	Generar documento	ento usando la información que está registrada en este	i-mea
Previsión*	formulario		
lombres* Oomicilio* Región*	Nombre beneficiario : NOMBRES, RUT : 12.345.678-9 Patología : HIPERTENSIÓN	APELLIDOS	
eléfono fijo	Para continuar debe firmar el docume		
atos del prestador ————————————————————————————————————		Cancelar Continuar	
RUT*	Homero		
Apellido paterno*	Apellido materno*	Institución*	
Dirección calle*	Número	Comuna*	Presionar continu



