

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN POR CONVENIO

Por medio del presente documento se certifica que la **Corporación de Desarrollo Social de la Municipalidad de Providencia**, RUT: **69.070.301-7**, mediante licitación pública ID: **552975-82-LR24 "Servicios de suministro oftalmológicos Providencia"**, derivó a **Clínica Oftalmológica IOPA**, adjudicatario de la línea N°1 para dar resolutiveidad al ítem **"Consulta oftalmológica para vicio de refracción"**, a:

NOMBRE PACIENTE: CATALINA HIDALGO GONZALEZ	
RUT: 9382805-4	FECHA DE ATENCIÓN: 20/01/2025
CENTRO DE SALUD QUE DERIVA: aguilucho	
PRESTACIÓN: CONSULTA MEDICA	

El paciente individualizado en este documento declara lo siguiente:

1. Conocer y aceptar las prestaciones a realizar, que consisten en:
 - a. Toma de exámenes previos a la evaluación médica (autorrefractometría, tonometría de aire y revisión de anteojos con lensómetro).
 - b. Evaluación médica para pesquisar vicios de refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía y/o presbicia).
 - c. Entrega de receta para confección de anteojos, lágrimas artificiales, orden de derivación u otros, cuando corresponda.
 - d. Entrega de notificación al paciente con patología GES, cuando corresponda.
2. Autoriza a **Clínica Oftalmológica IOPA** para acceder y utilizar sus datos personales, registros clínicos y cualquier otra información relevante necesaria para poder entregar la prestación.
3. Autoriza a la **Dirección de Salud** de la **Corporación de Desarrollo Social de la Municipalidad de Providencia** y a quienes ellos

autoricen de forma expresa, para acceder y utilizar tanto su información clínica como datos personales, para los efectos que esta estime conveniente.

4. Autoriza a la empresa **Inversiones Óptica Prima SPA, RUT: 76.882.088-0**, adjudicatario de la línea N°2 **"Suministro de anteojos"** y a quienes ellos estimen conveniente, para acceder a su receta de anteojos.
5. Asimismo, declara que no solicitará por ningún medio y bajo ninguna circunstancia al médico que otorgue la atención, o a cualquier otro funcionario de la Clínica, prestaciones adicionales o diferentes a las establecidas en el convenio celebrado entre Clínica Oftalmológica IOPA y la Corporación de Desarrollo Social de la Municipalidad de Providencia.
6. A su vez, a través de este consentimiento, **libera expresamente a Clínica Oftalmológica IOPA** de toda responsabilidad sobre el uso que la **Corporación de Desarrollo Social de Providencia** y la empresa **Inversiones Óptica Prima SPA**, o quienes los representen, puedan dar a sus datos personales e información clínica.

 _____ Firma paciente	 Clínica Oftalmológica IOPA Av. Los Leones 974, Providencia-Santiago _____ Convenios Clínica IOPA
--	---

La cuenta debe ser pagada a través de la previsión "CDS Providencia" por el total del arancel cargado en REBSOL. Este documento se entenderá válido únicamente si cuenta con firma y timbre original del Área de Convenios de Clínica IOPA.