

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

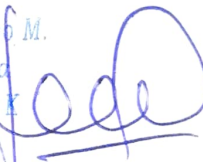
El médico que suscribe, certifica haber

atendido a: Alejandro Valdes Quintanilla con el

Siguiente diagnóstico: Control Médico.

Doy el presente certificado a pedido
del interesado.

Dra. Jéssica Troncoso M.
Médico de Familia
RUT: 13.378.702-1



Nombre y Firma del Médico

Concepción, 28 de Sept de 2022.

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.986)

DATOS DEL PRESTADOR

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

CESAR JUAN SOTO FERNANDEZ

Dirección

ZARATU 550, PEDRO DEL RIO, CONCEPCION

Nombre persona que notifica

ESSICA TRONCOSO MUÑOZ

Ubicación

CONCEPCION

R.U.N. persona que notifica en representación del Prestador de Salud

15578702 X

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre Completo

ALEJANDRO ANTONIO VALDES MUÑOZ

Dirección

CALLE MANUEL GARNETON 1108 HISO/CASA PUERTA/N/D, PEDRO DEL RIO

Teléfono de Contacto

Fijo: 34 5752462 / Celular: 9-45752462

R.U.N.

25859547-8

Prevalencia

FORASA GPO-D

Comuna/Región

CONCEPCION / VIII. REGIÓN DEL BÍO-BÍO

Correo Electrónico (E-Mail)

INFORMACIÓN MÉDICA

Confirmación Diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

(3459) ASMA, NO ESPECIFICADA

Confirmación Diagnóstica ☒ Paciente en Tratamiento ☐

ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE

NOTIFICACIÓN

Fecha

28/09/2022

Hora

09:16

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 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

Documento

Teléfono de Contacto

Correo Electrónico (E-Mail)

Fijo: Celular: