

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El médico que suscribe, certifica haber

atendido a: Alejandro Jaldo Guzmán 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

Nombre y Firma del Médico

Concepción, 28 de Sept de 2022.

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(ARTÍCULO 24º, LEY 19.986)

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)
CENTRO SAN JOSÉ PEDRO DEL RÍO

REGIÓN:
CONCEPCIÓN

R.D.R.: persona que realiza la representación del Prestador de Salud
ESSERIA TRONCOSE MURCIA

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:
ALEJANDRO ANTONIO VALDÉS MURCIA

R.U.N.
25659547-8

PROVINCIA:
FONASA GRUPO B

DIRECCIÓN:
CALLE MANUEL GARRICHO 1118 PISO 10 CASA PUERTA N/D, PEDRO DEL RÍO

Comuna/Región:
CONCEPCIÓN / VIII. REGIÓN DEL BIOBÍO

Teléfono de Contacto:
Fijo: 9-85752462 / Celular: 9-85752452

Correo Electrónico (E-Mail):

INFORMACIÓN MÉDICA

Confirmación Diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

(3459) ASMA, NO ESPECIFICADA

NOTIFICACIÓN

Fecha:

28/09/2022

Hora:

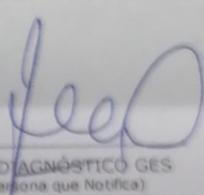
09:16

Confirmación Diagnóstica Paciente en Tratamiento

ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE ▾

CONSTANCIA

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explicitas 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 DE 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 segundo 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: _____