



CORPORACIÓN MUNICIPAL  
Gabriel González Videla  
La Serena

42D

## FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

### DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)	FSH
DIRECCIÓN	CIUDAD: C/5
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:	Franziska Valdés Oguín
R.U.T.:	17628676-8

### ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

NOMBRE:	Constanza Almendros Caballero		
R.U.T.:	22122702-6	<input checked="" type="checkbox"/> FONASA	<input type="checkbox"/> ISAPRE
DOMICILIO:			
COMUNA:	C/5	REGIÓN:	Ciudad
Nº TEL. CELULAR:		DIREC. CORREO ELECTRÓNICO:	

### INFORMACIÓN MÉDICA:

#### CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

### CONSTANCIA

Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explicitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponda según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

### IMPORTANTE

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE LA NOTIFICACIÓN: 8:00

26/09/23

Dra. Franziska Valdés Oguín  
DENTROPIEDRA  
17628676-8

INFORME DIAGNÓSTICO GES  
(Firma de la persona que notifica)

Constancia A

TOME CONOCIMIENTO  
(Firma o huella digital del paciente)

*En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_