



CORPORACIÓN MUNICIPAL  
Gabriel González Videla  
**La Serena**

**FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES**  
(Artículo 24°, Ley 19.966)

**DATOS DEL PRESTADOR**

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.) PSH  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD: C/5  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA: Francisca Valdes  
Olguin R.U.T.: 17628676-8

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE :**

NOMBRE: Constanza Alvarez  
R.U.T.: 22122702-6 ☒ FONASA ☐ ISAPRE  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
COMUNA: C/5 REGIÓN: Cyba N° TELEF. FIJO \_\_\_\_\_  
N° TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ DIREC. CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA :**

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES : paciente invariable  
☒ Confirmación Diagnóstica ☐ Paciente en Tratamiento

**CONSTANCIA**

Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas 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. Francisca Valdés Olguin*  
ODONTOPEDIATRA  
17.628.676-8

INFORME DIAGNÓSTICO GES  
(Firma de la persona que notifica)

Constanza A  
TOMÉ CONOCIMIENTO  
(Firma o huella digital del paciente)

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

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