

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, etc.): Hospital Dr. Sótero del Río
DIRECCIÓN: Avenida Concha y Toro N° 3459 Puente Alto CIUDAD: Santiago
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Juan Carlos Rodríguez
RUN: 18.140.933-6

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL: JUAN CARLOS RODRÍGUEZ
NOMBRE SOCIAL: _____
RUN: 18.140.933-6 PREVISIÓN FONASA ISAPRE
DOMICILIO: TRIGAL DE LA VILLA 22 CALLESANDE COMUNA: PUEBLO NUEVO REGIÓN: METROPOLITANA
N° TELÉFONO: 22.575.617 CORREO ELECTRÓNICO: juan.rod@clay.com

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES: _____
☐ Confirmación

PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO: _____
☐ Sospecha ☐ Confirmación ☐ Etapificación ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Rehabilitación

TIPO ATENCIÓN

☐ Presencial ☐ Teleconsulta

CONSTANCIA:

Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la Isapre, según corresponda.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: 26/11/2025 13:40

INFORMÉ PROBLEMA DE SALUD GES

(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella dactilar del paciente o representante)

En la modalidad de **TELECONSULTA**, en ausencia de firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico ☐ carta certificada ☐ otros (indicar) _____

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

NOMBRE: _____ RUN: _____
N° TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

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.