

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, etc.):	Hospital Dr. Sótero del Río
DIRECCIÓN:	Avenida Concha y Toro N° 3459 Puente Alto
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA:	
RUN:	

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL:	JAVIER GONZALEZ		
NOMBRE SOCIAL:			
RUN:	11.111.111-1	PREVISIÓN	FONASA
DOMICILIO:	TRIGAL DEL VILLAR 1200, SANTIAGO	COMUNA:	REGIÓN:
Nº TELÉFONO:	99999999	CORREO ELECTRÓNICO:	

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES:						
<input type="checkbox"/> Confirmación						
PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO:						
<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Confirmación	<input type="checkbox"/> Etapificación	<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Seguimiento	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	

TIPO ATENCIÓN

<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Teleconsulta
-------------------------------------	---------------------------------------

CONSTANCIA:

Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explicativas 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:

2023-05-15-10:00

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: _____

Nº 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.