

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

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN: (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____
RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
RUT: _____ FONASA _____ ISAPRE
DOMICILIO: _____ COMUNA: _____
REGIÓN: _____
Nº TELÉFONO FIJO: _____ Nº CELULAR: _____
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Confirmación Diagnóstica

Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, 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 corresponde 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 Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente o representante)

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

Nombre: _____ Rut: _____

Nº Celular: _____ E-mail: _____