

Formulario de constancia información paciente GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

Datos del prestador

Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.):

Dirección: Ciudad:

Nombre persona que notifica:

RUN:

Antecedentes del/la paciente

Nombre legal:

Nombre social:

RUN: Previsión: Fonasa Isapre

Dirección: Comuna:

Región: Teléfono: Correo electrónico:

Información médica

Problema de Salud GES:

Confirmación

Problema de Salud GES Oncológico:

Sospecha Confirmación Etapificación Tratamiento Seguimiento Rehabilitación

Tipo de 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:

Informé Problema Salud GES
(Firma de persona que notifica)

Tomé conocimiento*
(Firma o huella digital de paciente o representante)

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

Correo electrónico Carta certificada Otros (indicar)

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

Nombre RUN

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.