

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE LEY RICARTE SOTO (Artículo 13°, Ley N°20.850)

Datos del prestador

Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud (Médico, Clínica, Hospital, Centro médico, Consultorio, etc.)

Dirección del Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud

Ciudad

Nombre Profesional de Salud que notifica

RUT persona que notifica

Antecedentes del paciente

Nombre completo

RUT

Entidad Previsional (Seleccione una opción):

FONASA ISAPRE Institución Previsional de Salud F.F.A.A y de Orden y Seguridad Pública

Dirección

Comuna

Región

Teléfono Fijo

Celular

Correo electrónico (E-mail)

Información Médica (Respecto del Beneficio de La Ley)

El problema de salud es

La Ley Ricarte Soto lo beneficia de manera gratuita con lo siguiente: (Se debe especificar)

Examen Diagnóstico _____ Garantía Cumplida Sí No Garantía _____ días
 Medicamento _____ Garantía _____ días
 Elemento de uso médico _____ Garantía _____ días
 Alimento _____ Garantía _____ días

Constancia

Declaro que, con esta fecha, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder al beneficio _____, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" establecida por el Ministerio de Salud.

Notificación

Fecha

IMPORTANTE

El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa y recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

.....
Informé Diagnóstico y Beneficio Ley 20.850

Firma de la 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 los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo

RUT

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

Correo electrónico (E-mail)
