

# FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

## Datos del prestador

Nombre de la Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)

Dirección

Ciudad

Nombre persona que notifica

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

## Antecedentes del paciente

Nombre completo

RUT

Aseguradora (Seleccione una opción):

FONASA

ISAPRE

Dirección

Comuna / Región

Teléfono de contacto:

Fijo

Celular

Correo electrónico (E-mail)

## Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Confirmación diagnóstica

Paciente en tratamiento

## Notificación

Fecha

Hora

## CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

### Informé diagnóstico GES

Firma de la persona  
que notifica

### Tomé conocimiento

Firma o huella digital del paciente  
o representante

**IMPORTANTE** : El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

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)