

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 Legal

RUT

Aseguradora (Seleccione una opción):

 FONASA ISAPRE

Nombre Social:

Ciudad:

Comuna / Región

Dirección:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico (E-mail)

Información médica

Problema de Salud GES

Sospecha Diagnóstico Tratamiento Seguimiento

Diagnóstico y/o Etapificación Rehabilitación

Tipo de atención

Presencial

Teleconsulta

Notificación

Fecha

Hora:

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.

Informé Problema Salud GES

Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento*

Firma o huella digital del paciente o representante

* En la modalidad de teleconsulta, en reemplazo de la 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 los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre Legal

RUT

Teléfono de contacto

Correo Electrónico