

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) _____