

# 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.