

FORMULARIO DE SOLICITUDES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

Fecha: _____ IDDOC: _____
Nombre: Gasna Nataly Uuedel R _____
Domicilio: _____ C _____
Institución: _____ Unidad vecinal N°: 14
Teléfono: _____ @ _____

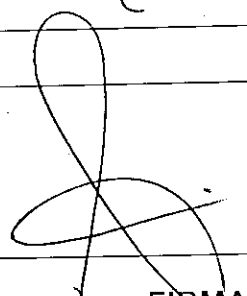
Solicitud: Reclamo: Sugerencia: Otro:

Dirigido a: Dirección de Tránsito

Por el presente expongo: Buenos días señores.
Solicito a Ud. la autorización de cierre
de la c/pe Melipilla # 1696 entre Guigador
Alveida y Las Palmas, que me saluta.
el Depto de Policía para otorgarme
autorización de patente provisoria para
vehículo, Alcohol, en Bingos que se
realizan el Sábado 29/10/2016 desde
las 18:00 a 01:00 hrs. a beneficio de
mi padre José Nataly Gálvez, quien
debe realizarse una operación al
corazón urgente.

Esperando pronta respuesta
se despide
Gasna Nataly Uuedel

www.eprinter.cl


FIRMA



OPIR, Teléfono: 228286240 (241) (242) (245)
Contacto: opir@conchali.cl

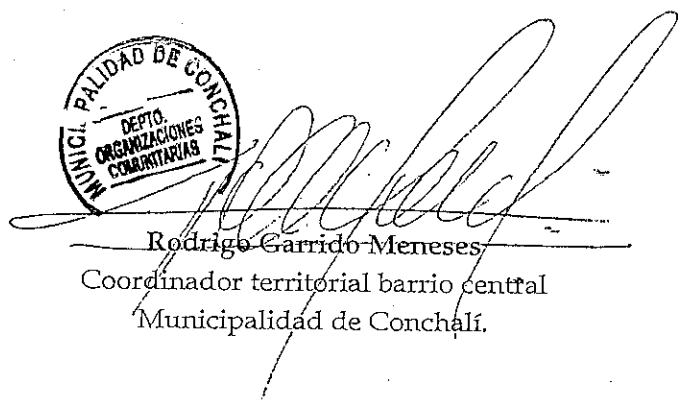
Estimados señores:
Municipalidad de Conchalí.

Atentamente:
Departamento de patentes.

Junto con saludarles y por medio del presente documento, el departamento de organizaciones comunitarias, autoriza y solicita a ustedes gestionar de forma gratuita la tramitación de una patente provisoria de venta de alcoholes, con el objetivo de realizar un bingo a beneficio del señor Jose Matus Gatica, rut 9.039.415-0, quien actualmente se ve afectado por los problemas de salud que se respaldan con la documentación adjunta a esta carta.

Esperando su gestión para la realización de esta actividad se despide de ustedes




Rodrigo Garrido Meneses
Coordinador territorial barrio central
Municipalidad de Conchalí.



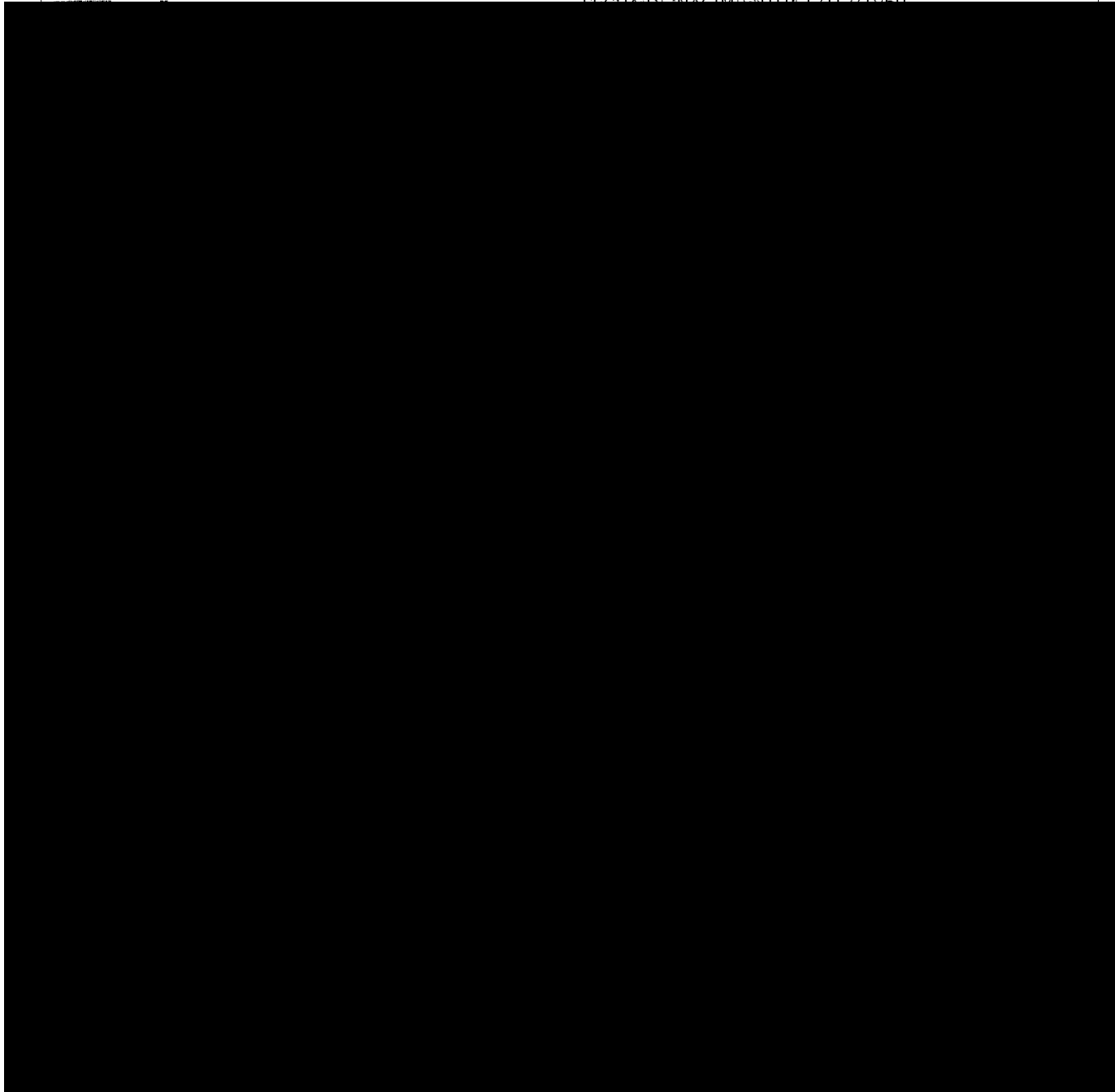
COMPLEJO
HOSPITALARIO
SAN JOSÉ
Caminos hacia la Excelencia



EGRESO UNIDAD CORONARIA

NOMBRE: MATUS GATICA JOSE EDGARDO

FECHA DE INGRESO: 17/12/1969



Méritos: durante hospitalización sin requerimientos

Dr. Pivetta Rodolfo Gabriel
Residente Unidad Coronaria

Dr. Eduardo León Ponce
Becado de Medicina Interna

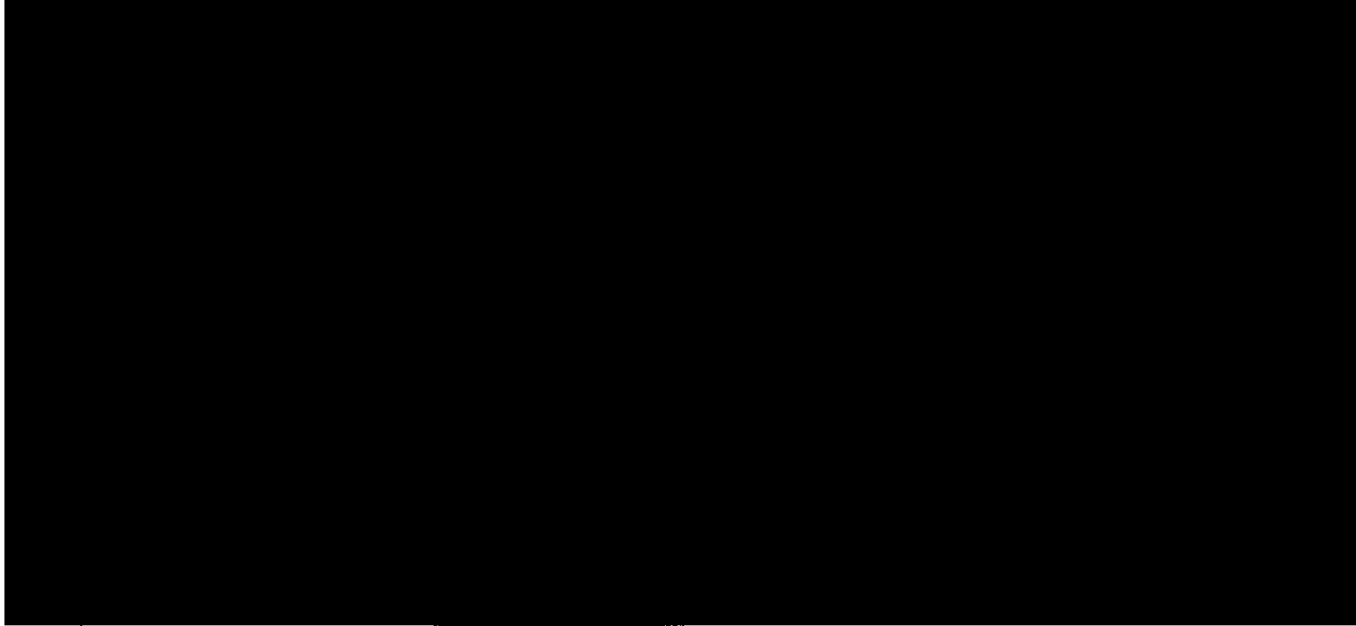
U. Coronaria: 25680399
CDT Cardiología: 25680126



INFORME CORONARIOGRAFIA

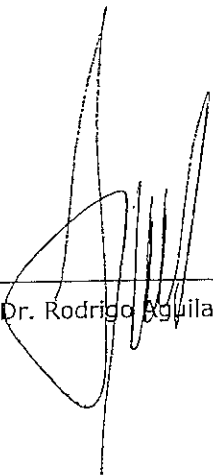
| | | | |
|--------|---------------------------|-----|------------|
| Nombre | Jose Edgardo Matus Gatica | Rut | [REDACTED] |
|--------|---------------------------|-----|------------|

[REDACTED]



CONCLUSIONES





Dr. Rodrigo Aguila Garay

Dr.

NOMBRE : JOSE MATUS GATICA

VISION TRANSTORACICA

B

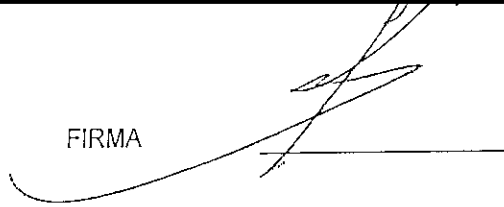
R

M

MEDICO

SERGIO KARA

FIRMA



- * : Exámenes con resultados fuera del rango de referencia.
- ** : Exámenes con resultado en el rango crítico.
- ***: Exámenes pendientes o exámenes confidenciales(VIH).

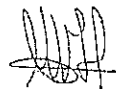
Reimpresión de resultados

Fecha de Informe: 20/09/2016 08:12:27

Fecha de Impresión: 20/09/2016 08:52:21

Laboratorio Clínico HSJ, Av. Profesor Zañartu N°1085 Comuna de Independencia, Fono: 23832600

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad PEEC del Instituto de Salud Pública de Chile.



Dra. Maggie Vecchiola
Jefe Laboratorio Clínico

N° Historia: 9039415-0

Nombres: JOSE

Apellidos: MATUS GATICA

Fecha de N:

Edad: 53

Procedencia:

Servicio/Consultorio:

Sala/Cama:

Profesional Solicitante:

Fecha de Ingreso:

HOSPITALIZADOS

MEDICINA QUIRURGICA

515-1

MEDICO JEFE MEDICINA
QUIRURGICA

15/09/2016 08:43:14

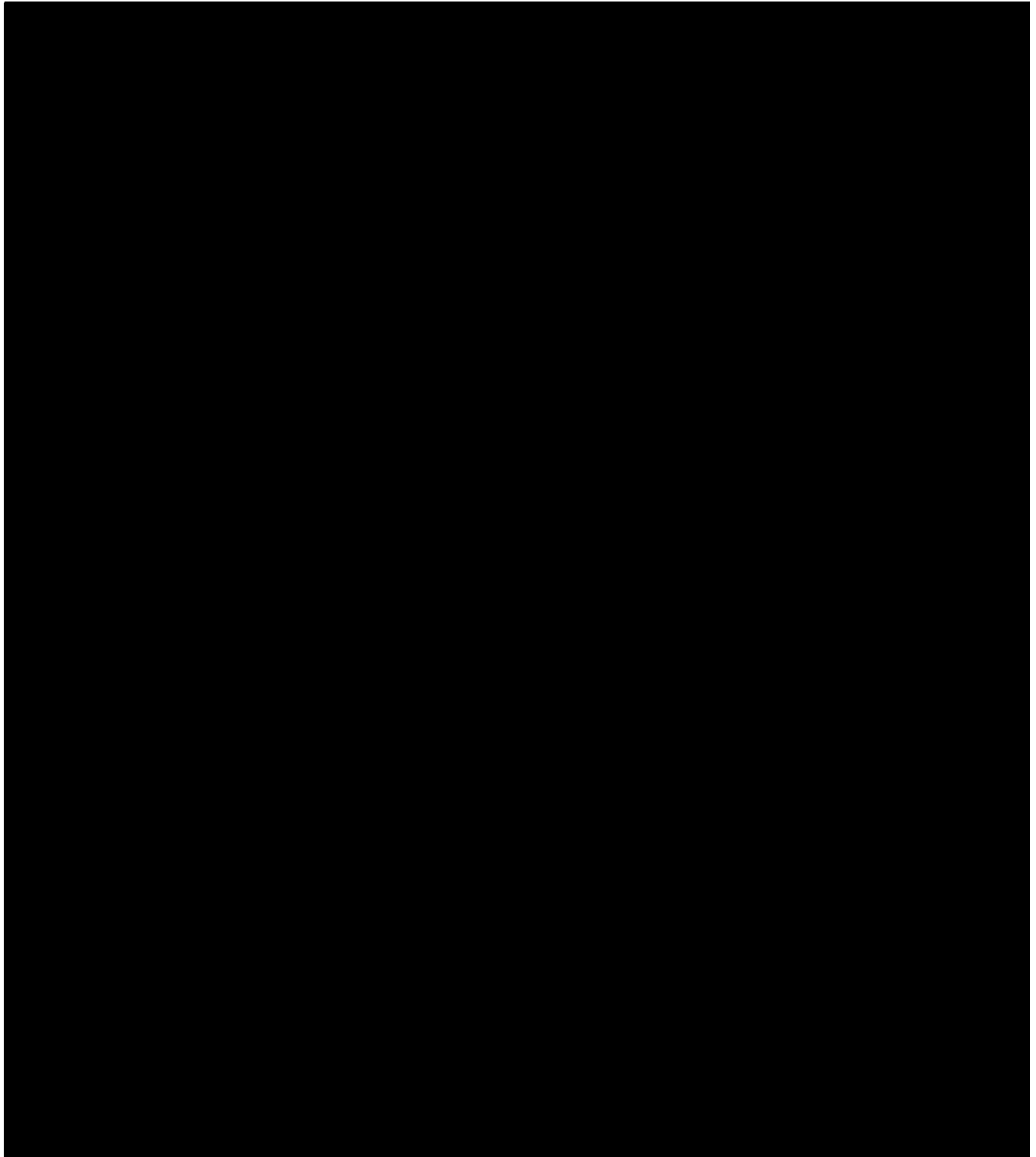
PRUEBA

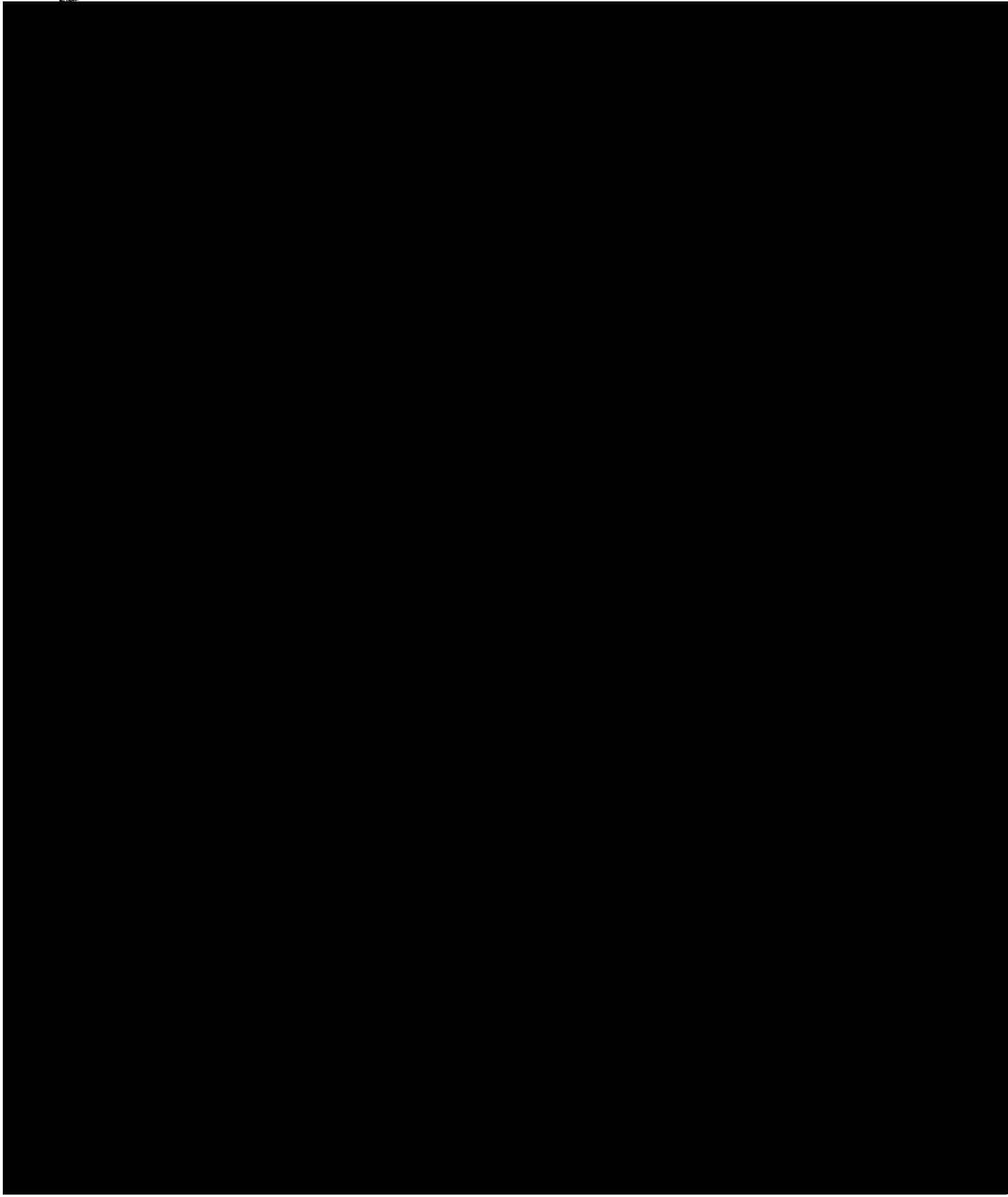
RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

RESULTADO ANTERIOR

JUGAR





* : Exámenes con resultados fuera del rango de referencia.
** : Exámenes con resultado en el rango crítico.
****: Exámenes pendientes o exámenes confidenciales(VIH).

Reimpresión de resultados

Fecha de Informe: 15/09/2016 11:22:05

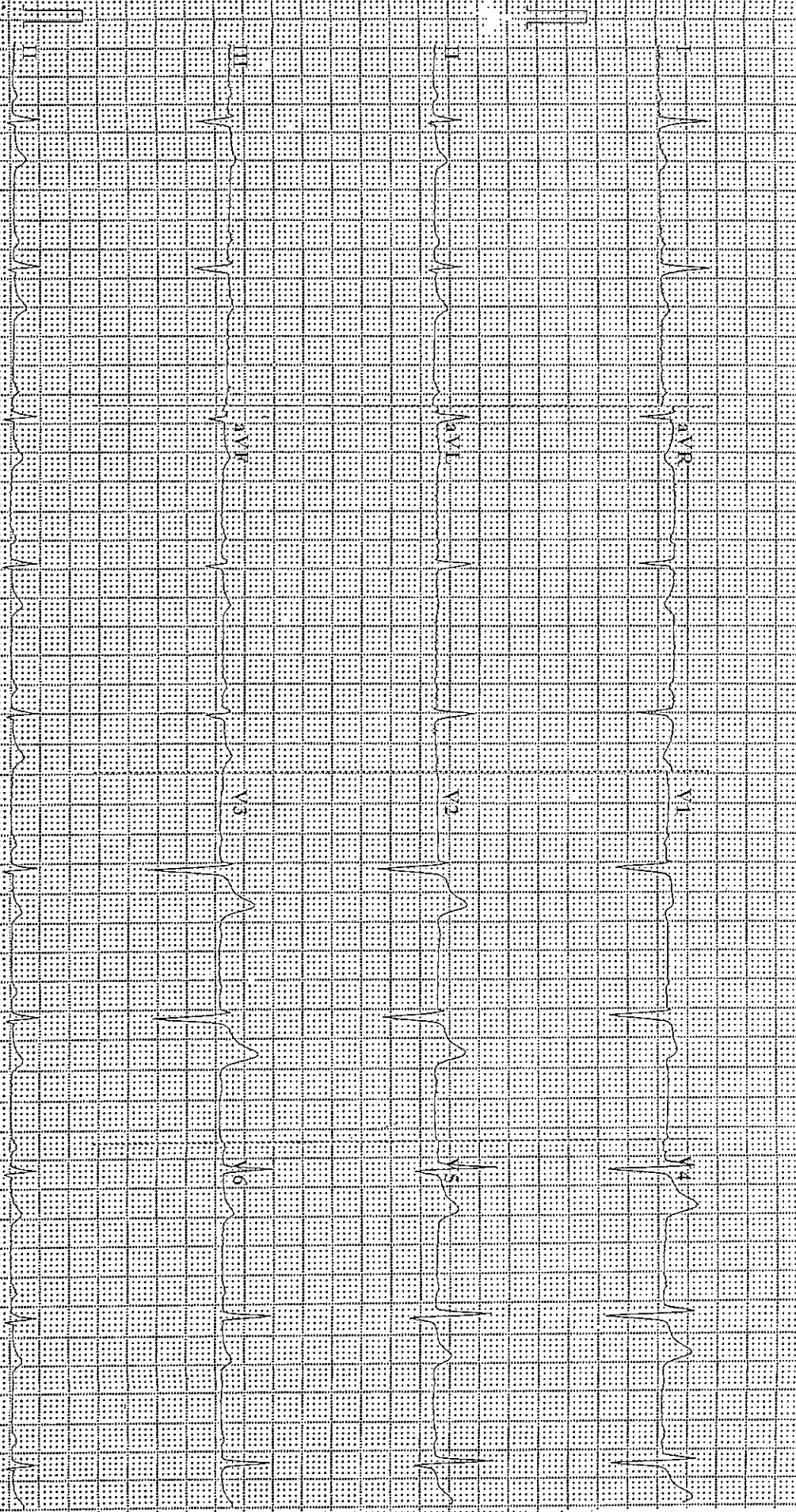
Nombre: Jose
Apellidos: Pineda S
ID: 196
Edad: 58 Años

Post-CMG
EUA

PR: 143 ms
PR: 196 ms
QRS: 104 ms
QT/QTc: 408/404 ms
P/QRST: 69/-7/49 ms
RV5/SV1: 1.033/0.959 mV
RV5+SV1: 1.992 mV
RV6/SV2: 0.883/0.983 mV

Técnico:
Informe revisado por:

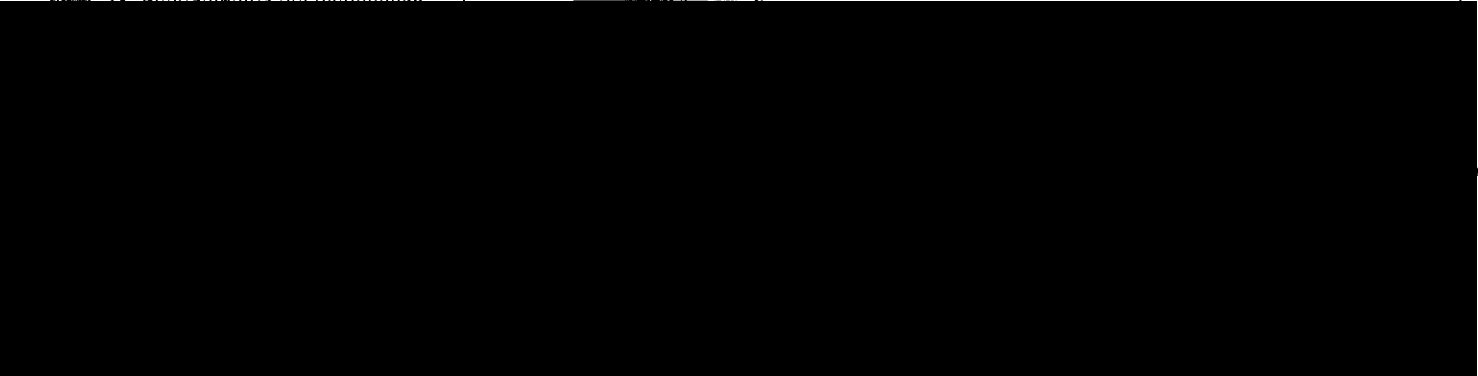
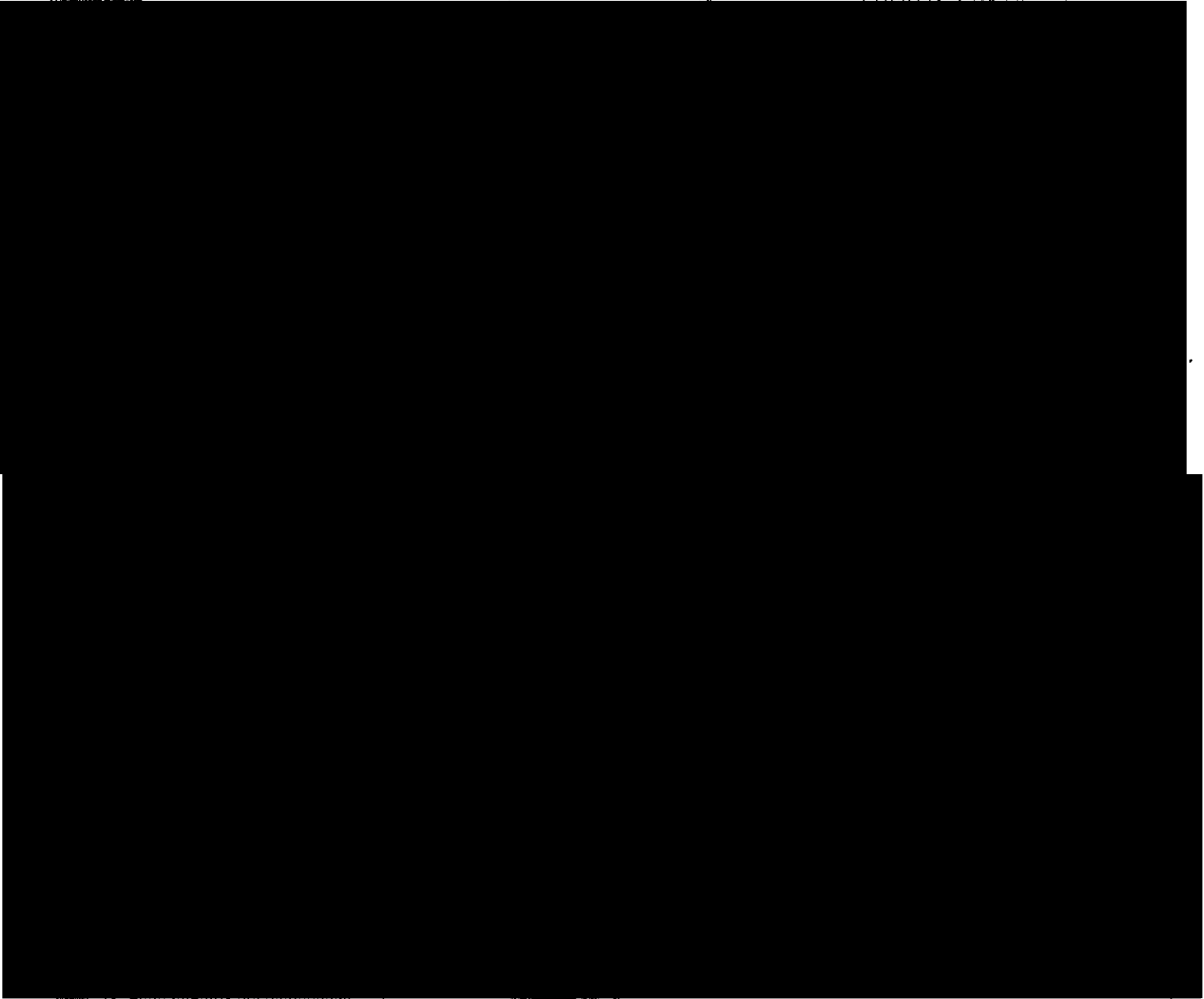
Información de diagnóstico:
811 Br. Cardia del sinusal
ECG Normal





SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO N°



74

cod. 104.0053
DATOS DEL (DE LA)
PROFESIONARIO

Para ser llenado en Admisión / excepto la firma

| | | | | |
|------------|----------|------|-------------------|--------|
| 25. Nombre | Con | osco | Apellido materno | Nombre |
| 26. RUT. | 22561500 | - | Firma profesional | |

IMPRESOS AFFARIP - FONOS 22 5545017 - STGO.

ORIGINAL: ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LA REFERENCIA



SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FECHA DE SOLICITUD: Dia Mes Año

| | | |
|----|----|------|
| 22 | 09 | 2016 |
|----|----|------|

FOLIO N° _____

HORA:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|



01-14

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

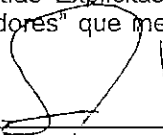
INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): DR. LUCAS SIERRA [CGU]

DIRECCIÓN: PEDRO FONTOVA N° 4107

CIUDAD: CONCHALI

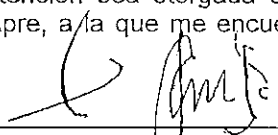
CONSTANCIA:

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 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:

Nombre : _____ RUT: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección correo electrónico (e-mail): _____

IMPORTANTE:

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