



(* Campos obligatorios a rellenar para poder procesar su denuncia.

Sección 1: Individualización denunciante SUPERINTENDENCIA DEL MEDIO AMBIENTE

Persona natural	<input type="checkbox"/>
Persona jurídica	<input type="checkbox"/>

08 SEP 2015
OFICINA DE PARTES
RECIBIDA

1.1. Persona natural.

Nombres*	Cecilia Smer			
Apellidos*	Espinoza Valquez			
Cédula de Identidad	[REDACTED]			
Domicilio*	Región:	Del Maule	Calle:	[REDACTED]
	Ciudad:	[REDACTED]	Número Block/Dpto. Sector:	Linares
Teléfono de contacto	Fijo	Móvil	Fax	
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
Correo electrónico	[REDACTED] @ [REDACTED]			

1.2. Persona Jurídica.

Razón social o Nombre*				
RUT	[] . [] . [] - []			
Tipo de persona jurídica	<input type="radio"/> Organismo del Estado <input type="radio"/> Empresa pública <input type="radio"/> Sociedad anónima <input type="radio"/> Sociedad de responsabilidad limitada <input type="radio"/> Sociedad colectiva <input type="radio"/> Sociedad en comandita <input type="radio"/> Empresa individual de responsabilidad limitada <input type="radio"/> Sociedad por acciones <input type="radio"/> Sociedad contractual minera <input type="radio"/> Sociedad legal minera <input type="radio"/> Corporación <input type="radio"/> Fundación <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Otro (Especifique) _____			
Domicilio*	Región	Calle		
	Ciudad	Número	Block/Dpto.	Sector
Teléfono de	Fijo	Móvil	Fax	
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	



Superintendencia
del Medio Ambiente
Gobierno de Chile

contacto			
Correo electrónico	<input type="text"/> @ <input type="text"/>		

1.3. Representante.

Nombres*				
Apellidos*				
Cédula de Identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
Domicilio*	Región		Calle	
	Ciudad	Número	Block/Dpto.	Sector
Teléfono de contacto	Fijo	Móvil		Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/> @ <input type="text"/>			
Acredita personería vigente del representante				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 2: Apoderado*

¿Actúa mediante apoderado? (Ley Sí No N°19.880)

Nombres*				
Apellidos*				
Cédula de Identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
Domicilio*	Región		Calle	
	Ciudad	Número	Block/Dpto.	Sector
Teléfono de contacto	Fijo	Móvil		Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/> @ <input type="text"/>			
Acredita poder art. 22 Ley N° 19.880				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3: Identificación del o los presuntos infractores*

Persona natural	<input type="checkbox"/>
Persona jurídica	<input type="checkbox"/>

Nombre completo o Razón Social	Frigorífico Antillal			
Cédula de Identidad o RUT	□. □. □. □			
Domicilio*	Región:	Del Maipo	Calle:	Villa Las Torres
	Ciudad:	Número	Block/Dpto.	Sector:
Teléfono de contacto	Fijo	Móvil	Fax	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Correo electrónico	<input type="text"/> @ <input type="text"/>			

Sección 4: Antecedentes de la denuncia*

Descripción de los hechos denunciados

Desde el año 2006 a la fecha este frigorífico ha ocasionado ruidos molestos viendome afectado ya que mi domicilio se encuentra frente a dicho recinto teniendo en cuenta que dicho frigorífico ya ha sido demitido lo que yo pido son mediciones de ruidos desde mi casa para solucionar el problema

¿Cómo tomó conocimiento de los hechos?

yo vivo al frente del frigorífico

Período o fecha del hecho denunciado

Lugar del hecho denunciado



Superintendencia
del Medio Ambiente
Gobierno de Chile

Collejon villa Las Torres
San Antonio Lanas Limares

¿Conoce información geográfica asociada?

Sí

No

En caso de conocer la información geográfica marcar la ubicación presentada a continuación

Huso 19 Sur	
Huso 18 Sur	
Huso 12 Sur (Isla de Pascua)	
Huso 13 Sur (Isla San Félix, Isla san Ambrosio)	
Huso 17 Sur (Archipiélago de Juan Fernández)	
Territorio chileno Antártico (Husos 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 Sur)	

Coordenada Este	
Coordenada Norte	

¿Se encuentra en o cercana a un área protegida del estado?

Sí

No

Sección 5: Documentación de la denuncia*

Acreditar Personería Vigente del Representante

Sí

No

Poder Artículo 22 Ley N°19.880

Sí

No

Documentación Adjunta:



Superintendencia
del Medio Ambiente
Gobierno de Chile

**Declaro por este acto vengo en denunciar una posible
infracción, y declaro que la información contenida en
este documento es precisa, verídica, y comprobable**

Cecilia Espinosa

Firma

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL BASE LINARES



Ins

Folio: 15900052

CITADA EL JUEVES 01 / 04 /10 A LAS 09:00 HORAS
EN ONCOLOGÍA HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

NOMBRE PADRES: _____

DIRECCIÓN: _____

FONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año

RUT: _____

Nº HISTORIA CLINICA (HBL): _____

HOJA DE INTERCONSULTA

Nombre: **CECILIA INES ESPINOZA VASQUEZ**

Edad: **50** años

Enviado del Servicio de: **PATOLOGIA MAMARIA * HOSPITAL BASE DE LINARES**

Al Servicio de: **COMITÉ ONCOLOGICO * HOSPITAL REGIONAL DE TALCA**

PRINCIPAL SINTOMATOLOGIA:

Se desea saber: **Evaluación para tratamiento.**

[Handwritten signature and circular stamp]

Dr. Raúl Martínez Lepe
Firma y Nombre del Médico

Linares, marzo 30 de 2010

Fono UPM (HBL): 73-566661

Informe a la vuelta →

RESUMEN CLINICO

NOMBRE PACIENTE: CECILIA ESPINOZA VASQUEZ	
RUT:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]
TELEFONO:	[REDACTED]
HOSPITAL	HOSPITAL BASE LINARES
DIAGNOSTICO:	Ca mama izquierda
F. DE NACIMIENTO:	[REDACTED]
EDAD:	[REDACTED]
FICHA CLÍNICA HBL:	[REDACTED]
FECHA:	[REDACTED]
CITACIÓN A COMITÉ:	JUEVES 01 / 04 / 2010 a las 09:00 horas.
A:	COMITÉ ONCOLOGICO * HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Motivo de Ingreso	[REDACTED]
Fecha	[REDACTED]
Examen físico	[REDACTED]
Mamografía	[REDACTED]
Ecotomografía	[REDACTED]
Blopsia	[REDACTED]
Plan	[REDACTED]
fecha	[REDACTED]
blopsia	[REDACTED]
Bordes	[REDACTED]
Receptores	[REDACTED]
Diagnóstico	[REDACTED]
Plan	[REDACTED]
Comité	[REDACTED]
Fecha comité	[REDACTED]

Atentamente,
DR. RAUL MARTINEZ LEPE
 Médico Cirujano

INFORME DE BIOPSIA

BIOPSIAS
CITOLOGIAS
PAPANICOLAOU
INMUNOHISTOQUIMICA
BIOLOGIA MOLECULAR



NOMBRE CECILIA ESPINOZA VASQUEZ
BIOPSIA Nº E-76771
PROCEDENCIA LINARES
MUESTRA DE 3 MUESTRAS
MEDICO SOLICITANTE DR. MARTINEZ LEPE
FECHA DE RECEPCION 15-02-2010
FECHA DE EMISION 17-03-2010
DIAG. CLINICO TU MAMA IZQUIERDA
CODIGO 1 091
CODIGO 2 114
CODIGO 3

2.2 MAR. 2010

Edad 50

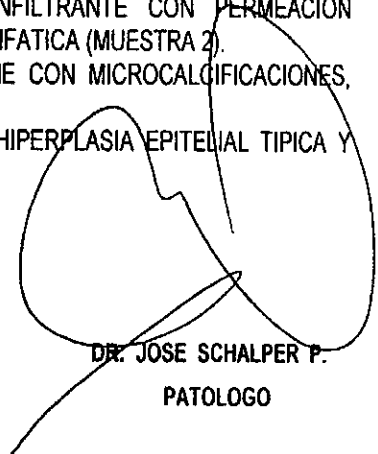
FICHA: 274905

EX. MACROSCOPICO:

MUESTRA 1: En formalina, fragmento irregular de tejido mamario de 5,5x5,8x4 cm., parcialmente revestido por losanjo de piel de 3x0,6 cm. con bordes identificados; al corte, en su espesor y a 0,6 cm. del borde de resección más cercano, hay un área grisácea, brillante, blanda más o menos bien delimitada de aproximadamente 1,4 cm. de diámetro mayor; hay además, estrias, blanquecinas irregulares de aspecto fibroso.
MUESTRA 2: En formalina, fragmento irregular de tejido adiposo de 2,3 cm. de diámetro mayor, en cuyo espesor, hay un ganglio linfático de aspecto tumoral de 0,9 cm. de diámetro mayor.
MUESTRA 3: En formalina, fragmento irregular de tejido mamario de 3x2,5x0,9 cm.

DIAG. MICROSCOPICO:

- FRAGMENTO DE TEJIDO MAMARIO CON PIEL (MUESTRA 1 Y 3 RESPECTIVAMENTE) Y GANGLIO LINFATICO (MUESTRA 2).
- ADENOCARCINOMA MUCINOSO, BIEN DIFERENCIADO, INFILTRANTE CON PERMEACION LINFOVASCULAR (MUESTRA 1) Y METASTASIS GANGLIONAR LINFATICA (MUESTRA 2).
- CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA DE TIPO COMEDIFORME CON MICROCALCIFICACIONES, MICROPAPILAR Y CRIBIFORME (MUESTRA 1).
- MASTOPATIA FIBROQUISTICA COMPLEJA CON ADENOSIS, HIPERPLASIA EPITELIAL TIPICA Y FIBROSIS DEL ESTROMA (MUESTRA 1 Y 3).


DR. JOSE SCHALPER P.
PATOLOGO

JSP.lic

NOTA: La Neoplasia está aproximadamente 0,6 cm. del borde de resección más cercano; el componente In Situ mide aproximadamente 1,3 cm. de diámetro mayor; se realizará estudio con Receptores Hormonales.

RESUMEN CLINICO

NOMBRE PACIENTE: CECILIA ESPINOZA VASQUEZ	
RUT:	10.044.412 - 7
DOMICILIO:	San Antonio Lamas 3 Linares
TELEFONO:	93815845 * 93402615
HOSPITAL	HOSPITAL BASE LINARES
DIAGNOSTICO:	Ca mama izquierda
F. DE NACIMIENTO:	10 - 7 - 1960
EDAD:	50 años
FICHA CLÍNICA HBL:	274905
FECHA:	marzo 30 de 2010
CITACIÓN A COMITÉ:	JUEVES 01 / 04 / 2010 a las 09:00 horas.
A:	COMITÉ ONCOLOGICO * HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Motivo de ingreso	Tumor de mama izquierda por autopalpación un año antes. Mamografía y ecografía 2008 nódulo cuadrante infero externo mama izquierda, Biopsia: MFO
Fecha	28/09/2009
Examen físico	Derecha: n/e Izquierda: tumor 2 cms duro móvil cuadrante superior externo mama izquierda.
Mamografía	
Ecotomografía	Nódulo heterogéneo con áreas hipocóicas. Muy duro a la core biopsia.
Biopsia	Fragmentos de lesión que puede corresponder a papiloma intraductal o neoplasia papilar.
Plan	Biopsia excisional
fecha	12/02/2010
biopsia	Adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado infiltrante. Permeación linfovascular con CDIS 1,3 cms y tamaño tumoral de 1,4 cms 1 ganglio metastásico en vecindad.
Bordes	0,6 cms el mas cercano
Receptores	Estrógeno (++) 85 % Progesterona: (++) 50% Her 2 (-)
Diagnóstico	Cáncer de mama variedad mucinoso T2 N2 Mx.
Plan	Completar disección de axila, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Ampliación de margen por cercanía y componente in situ extenso.
Comité	
Fecha comite	

Atentamente,

DR. RAUL MARTINEZ LEPE
Medico Cirujano