

Santiago, 25 de Febrero de 2019

Señores

Superintendencia Del Medio Ambiente

PRESENTE



Ref.- Sancionatorio Rol D-093-2017

Por la presente vengo a poner en vuestro conocimiento que, el día martes 19 del presente mes de febrero siendo las 00,00, acudió la empresa **ACUSTEC** a solicitud de hotel sommellier, para hacer mediciones de ruido desde terraza de mi departamento, al respecto debo informar lo siguiente:

Que, a la hora señalada funcionaban las 02 turbinas emisoras de ruidos que mantiene hotel sommellier hacia el interior de espacio común.

No había música, tampoco karaoke, ni algarabía desde terraza de hotel sommellier, como **Si**, ocurre durante varios días de la semana especialmente después de las 19,30 pm.

Luego de hacer mediciones desde mi departamento vi que fueron a hacer lo mismo a otros departamentos (23 – 73), hago saber que, al retirarse empresa **ACUSTEC** de mi departamento siendo las 00,10 se apago una de las turbinas emisoras de ruido.

Aprovecho también informar que, el día de ayer domingo 24 de febrero, pasadas las 14,00 horas, comenzó a escucharse música a gran volumen que venía de la terraza del hotel, lo mismo ocurrió un día domingo hace unas tres semanas atrás, esta molestia no paró hasta la media noche.

Yo, y mis vecinos ya estamos cansados de los abusos cometidos por dicho Hotel, vemos con indignación como pasan los días, meses y años (02 años) sin tener ningún tipo de respuesta en favor nuestro, de parte de esta Superintendencia y, no hay atisbo de cambio o tranquilidad la cual merecemos en nuestros departamentos, los cuales habitamos por décadas.

Respecto al punto anterior entrego junto a esta carta comprobantes de gastos y exámenes médicos a los cuales he tenido que recurrir por presentar serias molestias, trastornos de sueño, falta de concentración, debido a la falta de un descanso reparador.

Me pregunto al igual que mis vecinos cómo es posible que se le de tantas facilidades a estos señores y no se considere la tranquilidad de los vecinos, quienes ya estamos presentando deterioro a nuestra salud, debiendo recurrir a medicamentos para dormir.

Saludamos atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María Quevedo Leiva', enclosed within a rectangular box. The signature is stylized and cursive.

María Quevedo Leiva

José Miguel De La Barra 430, Depto. 30



ORDEN DE ATENCION AMBULATORIA (5)

N° CONTRATO	N° CORR.	COD. BEN.	SUCURSAL	FECHA EMISION	TIPO PLAN	CATEGORIA	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV.
	12	1	16	23/01/2019	1	LINE 306	16	23/01/2019	
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT TITULAR	NOMBRE TITULAR			VALIDO HASTA
QUEVEDO LEIVA MARIA EULALIA					013882368-7	MALDONADO QUEVEDO EMILIO ANDRES			23/03/2019
NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO					RUT MED / ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL TRATANTE			COPAGO EN ISAPRE
SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA.					077200240-8	007403204-4			

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Descripción Prestaciones	Tipo Prestación	Código Atención	Cantidad	Código Beneficiario	Valor Cobrado Prestador	Bonificación Colmena	Copago Afiliado
BRONCOPULMONAR ADULTO		30105	1	1	33.610	13.783	19.827

COPIA VALIDA PARA PRESENTAR EN COMPANIAS DE SEGURO

TOTALES					33.610	13.783	19.827
DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN.					VALOR ORDEN 33.610		
RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO 00000000-0 R		Forma de Pago : Efectivo FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO			FIRMA Y TIMBRE CAJERO 14-57 044652-8 16 - 88302903		

14 consulta

Médico de cabecera, me derivó al neurólogo

Colmena

tracion AMBULATORIA

88403538

Fecha Emisión : 29/01/2019 Hora : 09:4
Afiliado : [REDACTED] MALDONA
Beneficiario : [REDACTED] QUEVEDO
DIRECCION :

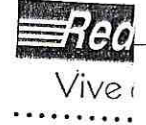
Convenio : 17.258 SERVICIOS MEDICOS DIAL S.A
Plan/Grupo Ingreso : I - LINE 306
Edad : 69 SEXO : F

FECI
29.1
NUM
MON
TC
NUM
COC



Prestación
1301020 Examen funcional de VIII par

H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
N		1	30.429	12.729	17.700



TOTALES 30.429 12.729 17.700

Saldo copago del Beneficiario : 17.700

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.852.040-7
DERIVADO POR : [REDACTED]

Servicios Medicos Dial S.A.
de la cerda



Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : [REDACTED] HORA : 10:00 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

88403538

Nombre Completo *María Cuaredo Leiva*

RUT [REDACTED]

Edad *69 a*

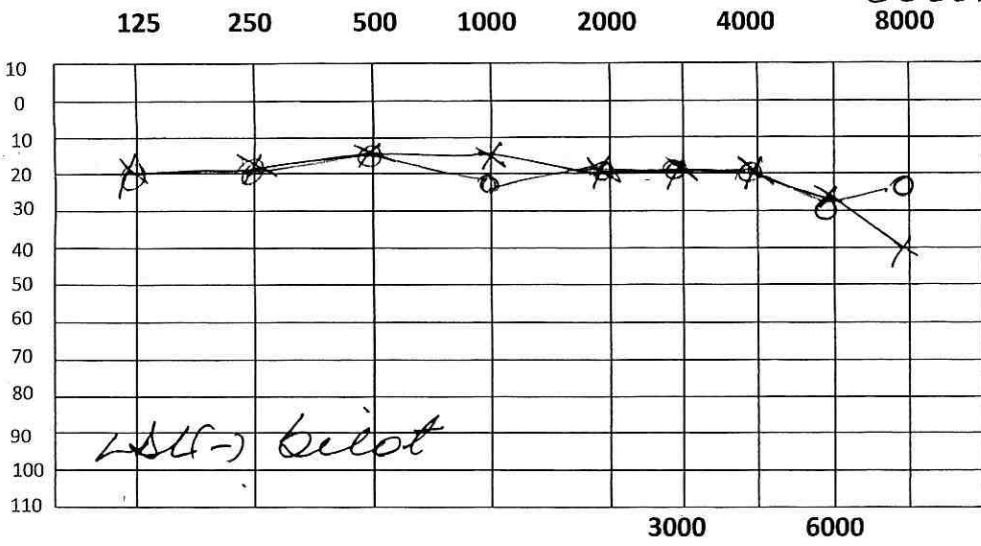
Fecha del examen *29.02.19*

AUDIOGRAMA

Acuid'

Aérea
17,5 dB
20 dB

Ósea
/



DISCRIMINACIÓN MONOSÍLABOS - DISÍLABOS - T. CONOCIDOS

O.D. *50 dB: 100%* O.I. *50 dB: 100%*

TINNITUS: *negativo*

DIAPASONES:

RINNE WEBER
(+) 250Hz *(+)* *←* 250Hz *→*
 500Hz 500Hz
 1000Hz 1000Hz

DETERIORO TONAL:

	500	1000	2000	3000	4000	6000
O.D.						
O.I.						

Tecnólogo: *[Signature]*
A. LORENA GAJARDO TORRES
 TEC. MED. OTORRINO
 [REDACTED]
 I.C.M: 2736

EXAMEN FUNCIONAL DEL OCTAVO PAR

Nombre **MARÍA QUEVEDO LEIVA.**
 Edad **69 AÑOS.**
 Fecha **29 DE ENERO DEL 2019.**
 Procedencia **DR. DE LA CERDA.**

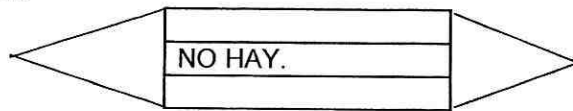
CEREBELO

Disdiadococinecia **NO HAY**
 Dismetría **NO HAY**

EQUILIBRIO

Romberg **OSCILANTE, PERO NO CAE.**
 Marcha en una línea **DESVIA A DERECHA.**
 Marcha con ojos cerrados **NORMAL.**
 Marcha con ojos abiertos **NORMAL.**
 Prueba de indicación **NORMAL.**

NISTAGMO ESPONTANEO



NISTAGMO POSICIONAL Y VERTIGO POSTURAL **NO HUBO**

	DIRECCION	LATENCIA	TRANSIT	PERSIST.	PAROX	VERT.	AGOT.
EaCC							
CCaE							
EaCCD							
CCDaE							
EaCCI							
CClaE							
EaS							
SaD							
DaS							
SaI							
IaS							
SaE							

PRUEBA CALORICA (DIX Y HALLPIKE)

CON AIRE

	Dirección	Duración	Frecuencia	amplitud	Vertigo	Naúseas	Vómitos
24° OI	←	2'20"	90X'	MEDIA	NO	NO	NO
24° OD	→	2'25"	96X'	MEDIA	NO	NO	NO
48° OI	→	2'20"	88X'	PEQ	NO	NO	NO
48° OD	←	2'30"	98X'	MEDIA	NO	NO	NO

OBSERVACION:

NISTAGMO OBSERVADO DURANTE LA PRUEBA CALORICA CON LENTES DE + 20 DIOPTRIAS.

EXCITABILIDAD VESTIBULAR : SIMÉTRICA



Tecnólogo Médico
A. CRISTINA GUARDUÑO TORRES
TÉC. MED. OTORRINO
RUT: 7.026.513-4
I.C.M: 2736

Santiago, 29 de Enero de 2019.

Sr(a). QUEVEDO LEIVA MARIA EULALIA
RUT [REDACTED]
Médico tratante DR ANDRES DE LA CERDA

RESONANCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO

ANTECEDENTES CLÍNICOS : Alteración de la marcha.

HALLAZGOS:

Cuarto ventrículo de tamaño normal, en línea media.
Tronco encefálico y cerebelo de morfología y señal normales.
Cisternas peritroncales de amplitud normal.
Tercer ventrículo y ventrículos laterales de volumen normal.
Núcleos grises centrales bien definidos.
Algunos focos de incremento de señal subcortical bilateral.
El parénquima cortical y la sustancia blanca son de señal normal.
Silla turca, cuerpo calloso y región pineal de aspecto normal.
No hay focos hemorrágicos ni lesiones isquémicas agudas.
Surcos y espacio subaracnoideo de la convexidad de amplitud normal, sin colecciones yuxtadurales.
No hay captaciones patológicas del contraste.

IMPRESIÓN:

Algunos focos de gliosis inespecífica subcortical bilateral.

Saluda atte. a usted,



Dr. Rodrigo Flores



ORDEN DE ATENCION AMBULATORIA 151

N° CONTRATO	N° CORR.	COD. BEN.	SUCURSAL	FECHA EMISION	TIPO PLAN	CATEGORIA	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV.	
[REDACTED]	12	1	16	29/01/2019	1	LINE 306	16	29/01/2019		
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT TITULAR	NOMBRE TITULAR				VALIDO HASTA
QUEVEDO LEIVA MARIA EULALIA					[REDACTED]	MALDONADO QUEVEDO EMILIO ANDRES				29/03/2019
NOMBRE DEL MEDICO/ESTABLECIMIENTO					RUT MED/ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL TRATANTE				COPAGO EN ISAPRE
CENTRO RADIOLOGICO FLEMING S.A					[REDACTED]	[REDACTED]				

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Descripción Prestaciones	Tipo Prestación	Código Mención	Cantidad	Código Beneficiario	Valor Cobrado Prestador	Bonificación Colmena	Copago Afiliado
RESONANCIA MAGNETICA CRAN		405001	1	1	100.000	80.935	19.065
COPIA VALIDA PARA PRESENTAR EN COMPANIAS DE SEGURO							

TOTALES					100.000	80.935	19.065
DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN.					VALOR ORDEN		
000000000-0 R					100.000		
RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO					14:58 777679-4 16 - 88398391		
FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO					FIRMA Y TIMBRE CAJERO		



ORDEN DE ATENCION AMBULATORIA 151

N° CONTRATO	N° CORR.	COD. BEN.	SUCURSAL	FECHA EMISION	TIPO PLAN	CATEGORIA	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV.	
[REDACTED]	12	1	16	08/02/2019	1	LINE 306	16	08/02/2019		
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT TITULAR	NOMBRE TITULAR				VALIDO HASTA
QUEVEDO LEIVA MARIA EULALIA					[REDACTED]	MALDONADO QUEVEDO EMILIO ANDRES				08/04/2019
NOMBRE DEL MEDICO/ESTABLECIMIENTO					RUT	PROFESIONAL TRATANTE				COPAGO EN ISAPRE
SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA					077200240-8	[REDACTED]				

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Descripción Prestaciones	Tipo Prestación	Código Mención	Cantidad	Código Beneficiario	Valor Cobrado Prestador	Bonificación Colmena	Copago Afiliado
NEUROLOGIA ADULTO		30134	1	1	39.098	13.773	25.325
COPIA VALIDA PARA PRESENTAR EN COMPANIAS DE SEGURO							

TOTALES					39.098	13.773	25.325
DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN.					VALOR ORDEN		
000000000-0 R					39.098		
RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO					14:59 000161-9 16 - 88610918		
FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO					FIRMA Y TIMBRE CAJERO		

N° FOLIO: 34337421

N° FOLIO: 34337422

Iconex (Chile)

Iconex (Chile)

Debe recurrir a un centro asistencial para evaluar la gravedad de la intoxicación y tratarla adecuadamente. Debe llevar el envase del medicamento que se ha tomado.

8. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO

Mantener lejos del alcance de los niños, mantener en su envase original, protegido del calor, luz y humedad a no más de 30°C. No usar este producto después de la fecha de vencimiento indicada en el envase.

No repita el tratamiento sin consultar antes con el médico. No recomiende este medicamento a otra persona.

ESZOP[®]

Comprimidos recubiertos 3 mg

Lea cuidadosamente este folleto antes de la administración de este medicamento. Contiene información importante acerca de su tratamiento. Si tiene cualquier duda o no está seguro de algo, pregunte a su médico o farmacéutico. Guarde este folleto, puede necesitar leerlo nuevamente.

COMPOSICIÓN

Cada comprimido recubierto contiene:

Eszopiclona 3 mg

Excipientes c.s.

Excipientes: Almidón glicolato de sodio, lactosa spray dried monohidrato, celulosa microcristalina, estearato de magnesio, hipromelosa, laurilsulfato de sodio, dióxido de titanio.

CLASIFICACIÓN

Hipnótico.

1. ¿PARA QUÉ SE USA?

Se utiliza para el tratamiento del insomnio.

2. ADMINISTRACIÓN (ORAL)

- Rango y frecuencia

El médico debe indicar la posología y el tipo de tratamiento a su caso particular, no obstante, la dosis recomendada es: 2 ó 3 mg antes de ir a dormir.

- Consejo de cómo administrarlo

Este medicamento debe ser administrado con el estómago vacío o alejado de las comidas.

- Uso prolongado

Usted debe tomarlo solamente por el periodo de tiempo señalado por su médico. Si su médico le indica tomar este medicamento por un periodo prolongado de tiempo debe visitarlo regularmente, y no debe indicarse por más de 8 semanas.

3. PRECAUCIONES

- Mayores de 60 años

Los ancianos son más sensibles a los efectos adversos de los medicamentos, por lo que debe tener especial precaución si se

22501263



encuentra en tratamiento con eszopiclona. Se recomienda iniciar la terapia con 2 mg si es necesario.

- Consumo de alcohol

No consuma alcohol mientras está en tratamiento con este medicamento, ya que aumentan los riesgos de efectos adversos, principalmente a nivel del sistema nervioso central (dificultad para concentrarse, depresión y otros).

- Manejo de vehículos

Este medicamento disminuye su estado de alerta y su capacidad de reaccionar frente a imprevistos, por lo tanto, evite manejar vehículos, maquinaria peligrosa o realizar cualquier otra actividad de riesgo mientras se encuentre en tratamiento con este medicamento.

- Embarazo

Se desconoce el efecto que puede tener este medicamento durante el embarazo. Debe consultar a su médico antes de utilizar este medicamento si se encuentra embarazada.

- Lactancia

Se desconoce si este medicamento pasa a la leche materna. Converse con su médico la conveniencia de seguir el tratamiento o si debe dejar de amamantar.

- Lactantes y niños

El uso de este medicamento en niños debe ser previa consulta a su pediatra, ya que no se ha establecido la seguridad de su uso en menores de 18 años.

- Precauciones especiales

Si ha utilizado este medicamento por un periodo prolongado de tiempo no debe interrumpir bruscamente el tratamiento, su médico le debe indicar la forma en que debe ir reduciendo la dosis a tomar.

Debe tomar eszopiclona justo antes de ir a dormir, ya que el efecto de este medicamento se comienza a percibir luego de unos pocos minutos de haber sido administrado.

No se recomienda tomar este medicamento si no tiene suficiente tiempo para dormir (7 a 8 horas), ya que si duerme menos de lo necesario puede presentar síntomas como somnolencia y problemas de memoria.

Nunca se deben tomar dosis mayores que las recomendadas por su médico.

Informe a su médico si está consumiendo otras medicinas que le provoquen sueño, como medicamentos para la alergia, resfrío, antidepresivos, etc.

4. USTED NO DEBE TOMAR ESTE MEDICAMENTO EN LOS SIGUIENTES CASOS:



Si ha presentado síntomas de alergia a eszopiclona o zopiclona. Si ha presentado alergia a alguno de los excipientes de la formulación.

5. INTERACCIONES

- Medicamentos

Usted debe informar a su médico de todos los medicamentos que está tomando, ya sea con o sin receta. En este caso se han descrito las interacciones con los siguientes medicamentos: depresores del sistema nervioso central que causan somnolencia como diazepam, alprazolam, fenobarbital, clorfenamina, etc. Inhibidores potentes del CYP3A4 (itraconazol, claritromicina, ketoconazol, nefazodona, nelfinavir, ritonavir, troleandomicina); rifampicina y olanzapina.

- Enfermedades

Usted debe consultar a su médico antes de tomar cualquier medicamento si presenta una enfermedad al hígado, riñón, cardiovascular o cualquier otra enfermedad crónica y severa. En el caso particular de este medicamento, si padece de antecedentes de abuso de alcohol, antecedentes de abuso o dependencia de drogas, enfermedades cerebrales, dificultad para tragar, enfisema pulmonar, asma, bronquitis, glaucoma, hiperactividad, depresión, alguna enfermedad mental severa, miastenia gravis, porfiria, apnea de sueño, epilepsia o antecedentes de convulsiones.

6. EFECTOS ADVERSOS

Existen efectos que se presentan rara vez, pero son severos y en caso de presentarse debe acudir en forma inmediata al médico: confusión, depresión, mareos, dolor de cabeza, caídas, alucinaciones, rash, problemas para dormir, excitación inusual nerviosismo, irritabilidad, dificultad para respirar.

- Otros efectos

Pueden presentarse otros efectos que habitualmente no necesitan atención médica, los cuales pueden desaparecer durante el tratamiento, a medida que su cuerpo se adapta al medicamento. Sin embargo, consulte a su médico si cualquiera de estos efectos persisten o se intensifican: dolor abdominal, somnolencia en el día, diarrea, problemas de visión.

7. SOBREDOSIS

Los síntomas de sobredosis corresponden a una intensificación de los efectos adversos descritos, tales como: mareos severos, visión doble u otros problemas de visión, somnolencia severa, náuseas severas, dificultad para respirar, ritmo cardiaco más lento, vómitos severos.



FARMACIAS CRUZ VERDE S.A.

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica NQ: 1073592504

Caja: 1

Fecha: 11-02-2019

Hora: 12:15:57

Sucursal: 754 BANDERA 313 SGO

CLUB CRUZ VERDE - SOCIO PREMIER

Venta Por Convenio

Conv.: 20008/1

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
ESZOP COM.3MG.30	2	17.490	34.980
***DCTO CLUB			-10.494
		SUBTOTAL BOLETA \$	24.486
		TOTAL EXENTO \$	0
		TOTAL \$	24.486

PRODUCTOS	1	UNIDADES	2
TBK C NU.00001075412019021112170910		\$	24.486

MARIA QUEVEDO

Vendedor: 40 Marcela De Requesens Tapia

[249395]

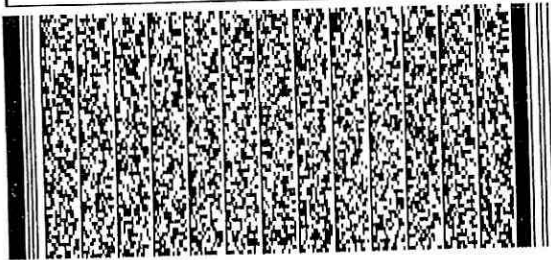
A.231552655

PORQUE ERES SOCIO DEL CLUB CRUZ VERDE HAS ANORRADO:

EN ESTA COMPRA: \$ 10.494

EN LOS ULTIMOS 12 MESES: \$ 25.631

***Informacion de descuentos ya aplicados**



Timbre Electrónico SII
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.cruzverde.cl

Repeticiones
Convenios

1 de 1



Cruz Verde

COPIA DE RECETA

LOCAL QUE RETIENE RECETA ORIGINAL: 714

FOLIO RECETA RETENIDA:

Fecha

11/1/13

Este documento es un formulario que permite la venta de medicamentos con prescripción médica vigente y válidamente emitida para ser utilizada exclusivamente en Farmacias Cruz Verde.

Antecedentes de la Receta

Nombre del Paciente

María Quevedo

Dirección del Paciente

Teléfono

Fecha de Receta original

Nombre del Médico

Andrés de la Cruz

Institución

PRESCRIPCIÓN PRODUCTOS CONVENIOS:

Código	Descriptor	Cantidad	Dosis	Veces	Días
	Es3op 3mg	1	1	1	30

Código	Descriptor	Cantidad	Dosis	Veces	Días	Unidades por despachar

* Antecedentes de la Farmacia

Local emisor

Local receptor

Timbre

Timbre

Nº vendedor: 90

Nombre, firma y timbre del Químico Farmacéutico

El presente documento contiene información fiel de la Receta o Copia recepcionada en la Farmacia