



Montserrat Estruch Ferma [REDACTED]

---

**Denuncia 447-XIII-2019; Procedimiento Rol D-025-2021 Edificio Lenz**

---

**Loreto Escobar** [REDACTED]

20 de abril de 2021, 9:57

Para: Monserrat Estruch Ferma [REDACTED]

Buen día, muchas gracias Monserrat.

Adjunto certificado médico. Por favor mantener su diagnóstico y datos personales en reserva.  
Acepto Punto 1 del correo precedente sobre la censura de los datos.

Muchas gracias.

[El texto citado está oculto]

--

Loreto Escobar

**NotificacionDiagnostica\_\_24682154-2\_A0000263389\_08042021\_1340\_1352.pdf**

17K

CM Telemedicina

Broncopulmonar Infantil CM Telemedicina

**FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES****Artículo 24ª, Ley 19.966****DATOS DEL PRESTADOR**

Institución: CM Telemedicina  
 Dirección: Av. Presidente Kennedy Lateral 5413 Ciudad: LAS CONDES  
 Nombre Persona Que Notifica: Tatiana Espinoza Palma Rut: 14489532-0

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

Nombre: [REDACTED] Rut: [REDACTED]  
 Previsión:  Fonasa  Isapre  
 Dirección: Sin dirección informada  
 Comuna: SANTIAGO Región: REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO  
 Teléfono Fijo: [REDACTED] Celular: [REDACTED] Correo Electrónico: [REDACTED]

**INFORMACIÓN MÉDICA**

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES: [REDACTED]  
 LATERALIDAD:  
 SEVERIDAD:  
 PROBLEMA DE SALUD GES: [REDACTED]  
 FECHA HORA NOTIFICACIÓN: 08/04/2021 13:44

Confirmación Diagnóstica  Paciente en tratamiento

Rut Profesional: 14489532-0 Nombre Profesional: Tatiana Espinoza Palma

**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.



INFORME 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 a la ISAPRE, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en la 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: Rut:  
 Tél.Celular: Tél.Fijo: Correo Electrónico:

CM Telemedicina

Broncopulmonar Infantil CM Telemedicina

**FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES****Artículo 24ª, Ley 19.966****DATOS DEL PRESTADOR**

Institución: CM Telemedicina  
 Dirección: Av. Presidente Kennedy Lateral 5413 Ciudad: LAS CONDES  
 Nombre Persona Que Notifica: Tatiana Espinoza Palma Rut: 14489532-0

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

Nombre: [REDACTED] Rut: [REDACTED]  
 Previsión:  Fonasa  Isapre  
 Dirección: Sin dirección informada  
 Comuna: SANTIAGO Región: REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO  
 Teléfono Fijo: [REDACTED] Celular: [REDACTED] Correo Electrónico: [REDACTED]

**INFORMACIÓN MÉDICA**

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES: [REDACTED]  
 LATERALIDAD:  
 SEVERIDAD:  
 PROBLEMA DE SALUD GES: [REDACTED]  
 FECHA HORA NOTIFICACIÓN: 08/04/2021 13:44

Confirmación Diagnóstica  Paciente en tratamiento

Rut Profesional: 14489532-0 Nombre Profesional: Tatiana Espinoza Palma

**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.



INFORME 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 a la ISAPRE, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en la 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: [REDACTED] Rut: [REDACTED]  
 Tél.Celular: [REDACTED] Tél.Fijo: [REDACTED] Correo Electrónico: [REDACTED]