

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN	(Hospital, Clínica, Consultorio, Consulta Privada, etc.)	
DIRECCIÓN	(Calle, Número, Comuna.)	(Ciudad)
NOTIFICADO POR	NOMBRE DEL MÉDICO QUIEN NOTIFICA	RUN

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE	NOMBRE , APELLIDOS		RUN
AFILIADO A	FONASA	ISAPRE	

INFORMACION MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES	
Confirmación Diagnóstica	Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA

Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas de Salud establecidas en la Ley Nº 19.966, en la medida que las prestaciones sean otorgadas en la Red de Prestadores, que corresponda, para lo cual podré informarme en Fonasa o en la Isapre a la que me encuentro adscrito. Asimismo he sido informado de la existencia de instrumentos informativos: Escáner AUGE-GES y Cronómetro AUGE, disponibles en el portal Web de la Superintendencia de Salud. (www.supersalud.cl)

IMPORTANTE

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

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

Firma de la persona quien notifica

TOMÉ CONOCIMIENTO

Firma o huella digital del paciente

En caso que la persona que toma conocimiento no sea el paciente, identificar:
NOMBRE,
APELLIDOS

RUN