



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3979/2017

MAT.: Autoriza PAS fuera de plazo

ANTOFAGASTA, 13/12/2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 369/85, Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud; Res.Exta. 4A/N° 35 de 2016; 4A/N° 2831/10.07.2017, 3.1E/N° 4635 de 2014 y 5A.1.1/N° 64 de 2016 modificada por 2.1D/N° 519 de 2016, todas del Fondo Nacional de Salud; y lo señalado en Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Carta solicitud de la Sra. Jovita Carvajal Concha, C.I. N° [REDACTED] recibida en la Sucursal Antofagasta, con fecha 05-12-2017.

RESOLUCIÓN:

1. Apruébase antecedentes para confección de Programa de Atención de Salud Folios N° 61258469, 61258470, 61258471 61258472 y 61258473 y su respectiva valorización contenida en los Programa de Atención de Salud Folio N° **61258469, 612584690, 61258470, 61258470-1 y 61258472**, por prestaciones recibidas desde el **20.12.2016** al **21.12.2016**, del beneficiario Sr. **JULIO TORO PIZARRO**, C.I. N° [REDACTED] códigos de prestaciones:

PAS 61258469		
Prestación	Cantidad / %	Rut Prestador
18-02-004 ítem 1	100%	[REDACTED]
18-02-004 ítem 4	100%	[REDACTED]
18-02-004 ítem 8	100%	99.537.800-0
03-01-021	1	96.951.870-8
03-01-034	1	
03-01-036	3	
03-01-036	5	
03-01-038	2	
03-01-038	4	
03-01-059	2	

PAS 612584690		
Prestación	Cantidad / %	Rut Prestador
03-01-045	1	96.951.870-8
03-01-034	1	
03-01-036	3	
03-01-036	5	
03-01-038	2	
03-01-038	4	
03-01-059	2	

PAS 61258470		

Prestación	Cantidad / %	Rut Prestador
18-02-081 ítem 1	100%	
18-02-081 ítem 4	100%	
18-02-081 ítem 5	100%	76.312.549-1
18-02-081 ítem 8	100%	99.537.800-0
18-02-003 ítem 1	50%	
18-02-003 ítem 4	50%	
18-02-003 ítem 5	50%	76.312.549-1
18-02-003 ítem 8	50%	99.537.800-0
02-02-301	1	
03-01-059	4	
03-01-067	1	
03-01-085	1 Horario 2	
03-01-085	5	
03-02-004	2 Horario 2	
03-02-004	4	
0302-015	1	
03-02-023	1	
03-02-032	3 Horario 2	96.951.870-8
03-02-032	12	
03-02-046	3 Horario 2	
03-02-046	4	
03-02-047	3	
03-02-057	4	
03-05-031	3	
03-09-022	3	
04-01-008	2	76.751.280-5
07-02-001	16 Horario 2	
07-02-001	8	
07-02-003	7	
07-02-003	4	99.537.800-0
07-02-004	7 Horario 2	
07-02-004	4	
07-02-008	16 Horario 2	

PAS 61258470-1		
Prestación	Cantidad / %	Rut Prestador
07-02-008	8	99.537.800-0
17-01-001	1	76.751.280-5
08-01-008	2	
08-01-005	1	76.971.670-K

PAS 61258472		
Prestación	Cantidad / %	Rut Prestador
07-02-005	16	
07-02-005	8	99.537.800-0

Anótese, comuníquese y archívese

"Por orden de la Sra. Directora"



ELBA VARAS ESPINOZA

EVE / jtr

DISTRIBUCIÓN:

OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)
SUCURSAL ANTOFAGASTA
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl





FECHA: 05-12-2017

SEÑORES
FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESENTE

A TRAVES DE LA PRESENTE SOLICITO A UDS. TENGAN A BIEN AUTORIZARME A
CANCELAR EL PROGRAMA N° 6125846P AL 73 DE FECHA
POR UN VALOR DE \$ \$ 1331.140. EL QUE SE
ENCUENTRA FUERA DE PLAZO POR MOTIVOS:

POR REVISION DE CUENTA CON ABOGADO

SALUDA ATENTAMENTE A UD.

NOMBRE:

JOVITA CARVAJAL

RUT:

5.473.73P-4

FIRMA

Carolina Campillay Yañez
SUCURSAL ANTOFAGASTA
FONDO NACIONAL DE SALUD

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APPELLIDO
TORO
PIZARRO

NOMBRE
JULIO FRANCISCO

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO
11 ABR 1950

NÚMERO DOCUMENTO
101.597.567

FECHA DE EMISIÓN
14 MAR 2014

FECHA DE VENCIMIENTO
11 ABR 2020

PRIMA DEL TITULAR



RUN 6.542.555-6

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APPELLIDO
CARVAJAL
CONCHA

NOMBRE
JOVITA ELISA

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
F

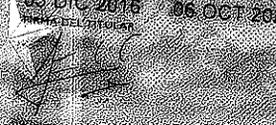
FECHA DE NACIMIENTO
06 OCT 1940

NÚMERO DOCUMENTO
118.375.905

FECHA DE EMISIÓN
05 DIC 2016

FECHA DE VENCIMIENTO
06 OCT 2026

PRIMA DEL TITULAR



RUN 5.473.730-4



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

N° 61258469

MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Cirugia

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	GRUPO DE INGRESO : X
DIRECCION : LAS GAVIOTAS 363	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	EDAD : 67 SEXO : M N° C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 99537800-0	GR NIVEL : 3	NOMBRE : CLINICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGAS
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO		DESDE : 20/12/2016 HASTA : 21/12/2016 N° DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : CONSTANTE SORIA WILLAN OMAR
R.U.T. PROFESIONAL : 14620584-4 GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : S

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
1802004	100	14620584-4	1	1er. CIRUJANO	124.092	198.552	136.504
			2	ANESTESISTA (MISMO 1er. CIRUJANO)			
			3	ANESTESISTA OTRO PROFESIONAL			
		13412691-4	4	2er. CIRUJANO	31.023	49.638	34.126
			5	3er. CIRUJANO			
			6	4er. CIRUJANO			
			7	5er. CIRUJANO			
		99537800-0	8	PABELLON	39.420	39.420	19.710
SUB TOTAL \$:					194.535	287.610	190.340

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$	
3	0301021	1	S	FIBRINOGENO	96951870-8	2.460	3.940	2.710	
3	0301034	1	N	GRUPOS SANGUINEOS ABO Y RHO (INCL	96951870-8	1.850	2.960	2.040	
3	0301036	3	S	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	96951870-8	2.295	3.660	2.520	
3	0301036	5	N	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	96951870-8	2.550	4.100	2.850	
3	0301038	2	S	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC	96951870-8	1.530	2.440	1.680	
3	0301038	4	N	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC	96951870-8	2.040	3.280	2.280	
3	0301059	2	S	PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO D	96951870-8	3.480	5.560	3.820	
INFORMESE AL 600 360 3000						SUB TOTAL \$:	16.205	25.940	17.900
						TOTAL \$:	16.205	25.940	17.900

FINANCIAMIENTO

COSTO TOTAL	\$	313.550
APORTE FONDO NACIONAL DE SALUD	\$	105.310
A PAGAR BENEFICIARIO	\$	208.240
MONTO PRESTAMO	\$	0
EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	208.240

CERTIFICADO PRESTAMO N° :

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS :

FUNDAMENTO MEDICO TRATANTE :

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 13218616-2
NOMBRE : CAROLINA CAMPILAY YANEZ
CODIGO SUCURSAL : 0210048 FECHA EMISIÓN : 06/12/2017
NOMBRE : T.L.ANTOFAGASTA

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 0

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEGURADO \$: 208.240



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

N° 612584690

MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Medicina

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	GRUPO DE INGRESO : X
DIRECCION : LAS GAVIOTAS 363	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	EDAD : 67 SEXO : M N° C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 99537800-0	GR NIVEL : 3	NOMBRE : CLINICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGAS
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO	DESDE : 20/12/2016	HASTA : 21/12/2016 N° DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : CONSTANTE SORIA WILLAN OMAR
R.U.T. PROFESIONAL : 14620584-4 GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO :

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : N

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$

SUB TOTAL \$:

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
3	0301045	1	N	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE L	96951870-8	2.300	3.680	2.530

INFORMESE AL 600 360 3000

SUB TOTAL \$: 2.300 3.680 2.530
TOTAL \$: 2.300 3.680 2.530

FINANCIAMIENTO

COSTO TOTAL	\$	3.680
APORTE FONDO NACIONAL DE SALUD	\$	1.150
A PAGAR BENEFICIARIO	\$	2.530
MONTO PRESTAMO	\$	0
EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	2.530

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 13218616-2
NOMBRE : CAROLINA CAMPILLAY YANEZ
CODIGO SUCURSAL : 0210048 FECHA EMISIÓN : 06/12/2017
NOMBRE : T.L.ANTOFAGASTA

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 0

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEGURADO \$: 2.530

CERTIFICADO PRESTAMO N° :

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS :

FUNDAMENTO MEDICO TRATANTE :



ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



FONDO: 42SP6508 JASMINA
680P60PY JOVITA

FOLIO Nº 61258469

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

MODALIDAD		<input type="checkbox"/> LIBRE ELECCIÓN	<input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL	PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº _____						
RUT AFILIADO		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
ESTADO PREVISIONAL		GRUPO INGRESO		TELÉFONO						
<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. SUB. CESANTÍA <input type="checkbox"/> 4. PENSIONADO <input type="checkbox"/> 5. INDIGENTE										
CALLE		Nº		POBLACIÓN / VILLA		CIUDAD				
RUT PACIENTE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
6.542.555 - 6		TORO		Pizarro		JULIO				
RUT ESTABLECIMIENTO		GRUPO / NIVEL		NOMBRE ESTABLECIMIENTO						
99.537.800 - 0		3		CLINICA PORTADA						
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO		DESDE:	DIA	MES	AÑO	HASTA:	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS
			20	12	16		21	12	16	1
RUT PROFESIONAL		GRUPO / NIVEL		NOMBRE						
14.620.584 - 4		3		William Constante Jorja						
DIAGNÓSTICO		Nº HISTORIA CLÍNICA		VERBA PROFESIONAL TRATANTE						
Pacients porimetrico - hipertension portal sanguinea										
RECARGO		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	R.U.T.		ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA				
		NO <input type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA			<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA <input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA <input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA <input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO <input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA <input type="checkbox"/> 7. OTROS				
PRESTACIÓN		% COBRO	% PAB.	% ANEST.						
1802004		100	100	100						
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.								
1	1ER CIRUJANO	14.620.584 - 4								
2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-								
3	ANEST. (OTRO PROFES.)	10.191.865 - 3								
4	2DO CIRUJANO	13.412.691 - 4								
5	3ER CIRUJANO	12.696.840 - K								
6	4TO CIRUJANO	-								
7	5TO CIRUJANO	-								
8	PABELLÓN	99.537.800 - 0								
NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR					
	0301021	1	2	FIBRINOGENO	96.951.870 - 8					
	0301034	1		GRUPO SANGUINEO	96.951.870 - 8					
	0301026	3	2	HEMATOCRITO	96.951.870 - 8					
	0301036	5		HEMATOCRITO	96.951.870 - 8					
	0301038	2	2	HEMOGLOBINA	96.951.870 - 8					
	0301038	4		HEMOGLOBINA	96.951.870 - 8					
	0301045	1		HEMOGRAMA	96.951.870 - 8					
	0301059	2	2	PROTOMBINA	96.951.870 - 8					
DIFERENCIA POR DÍAS CAMA		\$		HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)						
DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN		\$		EQUIPO MÉDICO		\$				
DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS		\$		ARSENALERA		\$ 40.000 =				
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS		\$		ANESTESISTA		\$				
TOTAL		\$		MATRONA		\$				
				PEDIATRA		\$				
				TOTAL		\$				
USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE				FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR				



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

N° 61258470

MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Cirugia

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	GRUPO DE INGRESO : X
DIRECCION : LAS GAVIOTAS 363	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	EDAD : 67 SEXO : M N° C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 99537800-0	GR NIVEL : 3	NOMBRE : CLINICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGAS
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO	DESDE : 20/12/2016	HASTA : 21/12/2016 N° DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : CONSTANTE SORIA WILLAN OMAR	
R.U.T. PROFESIONAL : 14620584-4	GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : N

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
1802081	100	14620584-4	1	1er. CIRUJANO	215.778	345.249	237.367
1802003	50		2	ANESTESISTA (MISMO 1er. CIRUJANO)			
			3	ANESTESISTA OTRO PROFESIONAL			
		13412691-4	4	2er. CIRUJANO	53.945	86.312	59.342
		76312549-1	5	3er. CIRUJANO	33.237	53.179	36.561
			6	4er. CIRUJANO			
			7	5er. CIRUJANO			
		99537800-0	8	PABELLON	105.975	105.975	52.990
SUB TOTAL \$:					408.935	590.715	386.260

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$	
3	0202301	1	N	DIA CAMA HOSPITALIZACION ADULTO E	99537800-0	21.800	21.800	10.900	
3	0301059	4	N	PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO D	96951870-8	4.640	7.440	5.120	
3	0301067	1	N	RECUESTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	96951870-8	910	1.460	1.010	
3	0301085	1	S	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE	96951870-8	2.730	4.370	3.010	
3	0301085	5	N	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE	96951870-8	9.100	14.550	10.000	
3	0302004	2	S	ACIDO LACTICO	96951870-8	8.850	14.160	9.740	
3	0302004	4	N	ACIDO LACTICO	96951870-8	11.800	18.880	13.000	
3	0302015	1	N	CALCIO EN SANGRE	96951870-8	1.040	1.660	1.140	
3	0302023	1	N	CREATININA EN SANGRE	96951870-8	1.010	1.620	1.120	
3	0302032	3	S	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO,	96951870-8	4.185	6.690	4.590	
3	0302032	12	N	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO,	96951870-8	11.160	17.880	12.360	
3	0302046	3	S	GASES Y EQUILIBRIO ACIDO BASE EN	96951870-8	12.735	20.370	14.010	
3	0302046	4	N	GASES Y EQUILIBRIO ACIDO BASE EN	96951870-8	11.320	18.120	12.480	
3	0302047	3	N	GLUCOSA EN SANGRE	96951870-8	2.970	4.740	3.270	
3	0302057	4	N	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SAN	96951870-8	4.000	6.400	4.400	
3	0305031	3	N	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS	96951870-8	14.040	22.470	15.450	
3	0309022	3	N	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-	96951870-8	4.290	6.870	4.740	
3	0401008	2	N	RADIOGRAFIA DE TORAX FRONTAL O L	76751280-5	15.700	25.120	17.280	
3	0702001	16	S	PREPARACION DE GLOBULOS ROJOS, PL	99537800-0	233.760	233.760	116.960	
3	0702001	8	N	PREPARACION DE GLOBULOS ROJOS, PL	99537800-0	77.920	77.920	38.960	
3	0702003	7	N	SET DE EXAMENES POR UNIDAD DE G	99537800-0	93.450	93.450	46.760	
3	0702003	4	N	SET DE EXAMENES POR UNIDAD DE G	99537800-0	53.400	53.400	26.720	
3	0702004	7	S	SET DE EXAMENES POR UNIDAD TRANSF	99537800-0	116.235	116.270	58.170	
3	0702004	4	N	SET DE EXAMENES POR UNIDAD TRANSF	99537800-0	44.280	44.280	22.160	
3	0702008	16	S	TRANSFUSION EN ADULTO O NIÑO EN P	99537800-0	311.040	311.040	155.520	
INFORMESE AL 600 360 3000						SUB TOTAL \$:	1.072.365	1.144.720	608.870

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 13420322-6	
NOMBRE : MAYRA PEREZ NEIRA	
CODIGO SUCURSAL : 0210021	FECHA EMISIÓN : 11/12/2017
NOMBRE : PUNTO DE ATENCION HOSPITAL REGIONA	

CONTINUA EN HOJA SIGUIENTE Nro: 61258470-1



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

Nº 61258470-1

MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Cirugia

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	GRUPO DE INGRESO : X
DIRECCION : LAS GAVIOTAS 363	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	EDAD : 67 SEXO : M Nº C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 99537800-0	GR NIVEL : 3	NOMBRE : CLINICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGAS
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO		DESDE : 20/12/2016 HASTA : 21/12/2016 Nº DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : CONSTANTE SORIA WILLAN OMAR
R.U.T. PROFESIONAL : 14620584-4 GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : N

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
					SUB TOTAL \$:		

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$	
3	0702008	8	N	TRANSFUSION EN ADULTO O NIÑO EN P	99537800-0	103.680	103.680	51.840	
3	1701001	1	N	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO	76751280-5	5.350	8.560	5.890	
3	0801008	2	N	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIENTE	76971670-K	20.280	32.440	22.300	
3	0801005	1	N	** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TE	76971670-K	15.130	24.210	16.650	
INFORMESE AL 600 360 3000						SUB TOTAL \$:	144.440	168.890	96.680
						TOTAL \$:	1.216.805	1.313.610	705.550

FINANCIAMIENTO

COSTO TOTAL	\$	1.904.325
APORTE FONDO NACIONAL DE SALUD	\$	812.515
A PAGAR BENEFICIARIO	\$	1.091.810
MONTO PRESTAMO	\$	533.653
EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	558.157

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 13420322-6	
NOMBRE : MAYRA PEREZ NEIRA	
CODIGO SUCURSAL : 0210021 FECHA EMISIÓN : 11/12/2017	
NOMBRE : PUNTO DE ATENCION HOSPITAL REGIONA	
MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$:	533.653
MONTO DIRECTO A PAGAR ASEGURADO \$:	558.157

Nº PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS :

FUNDAMENTO MEDICO TRATANTE :



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

N° 61258472

MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Medicina

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	GRUPO DE INGRESO : X
DIRECCION : LAS GAVIOTAS 363	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 6542555-6	NOMBRE : JULIO FRANCISCO TORO PIZARRO	EDAD : 67 SEXO : M N° C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 99537800-0	GR NIVEL : 3	NOMBRE : CLINICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGAS
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO	DESDE : 20/12/2016	HASTA : 21/12/2016 N° DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : CONSTANTE SORIA WILLAN OMAR	
R.U.T. PROFESIONAL : 14620584-4	GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : N

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
SUB TOTAL \$:							

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$	
3	0702005	16	N	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNID	99537800-0	38.080	38.080	19.040	
3	0702005	8	N	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNID	99537800-0	19.040	19.040	9.520	
INFORMESE AL 600 360 3000						SUB TOTAL \$:	57.120	57.120	28.560
						TOTAL \$:	57.120	57.120	28.560

FINANCIAMIENTO

COSTO TOTAL	\$	57.120
APORTE FONDO NACIONAL DE SALUD	\$	28.560
A PAGAR BENEFICIARIO	\$	28.560
MONTO PRESTAMO	\$	0
EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	28.560

CERTIFICADO PRESTAMO N° :

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS :

FUNDAMENTO MEDICO TRATANTE :

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 13420322-6
NOMBRE : MAYRA PEREZ NEIRA
CODIGO SUCURSAL : 0210048 FECHA EMISIÓN : 11/12/2017
NOMBRE : T.L.ANTOFAGASTA

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 0

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEGURADO \$: 28.560



ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



FOLIO Nº 61258470

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL **PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº** _____

ASEGURADO	RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
	ESTADO PREVISIONAL						GRUPO INGRESO	TELÉFONO
	<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. SUB. CESANTÍA <input type="checkbox"/> 4. PENSIONADO <input type="checkbox"/> 5. INDIGENTE							
	CALLE		Nº	POBLACIÓN / VILLA		COMUNA	CIUDAD	
RUT PACIENTE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
6.542.555-6		TORO		PIZARRO		JULIO		

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO	GRUPO / NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO							
	99.537.800-0	3	CLINICA PORTADA							
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO		DESDE:	DÍA	MES	AÑO	HASTA:	DÍA	MES	AÑO	Nº DÍAS:
			20	12	2016		21	12	2016	

PROF. TRATANTE	RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE	
	14.620.584-4	3	WILLIAM CONSTANTE	
	DIAGNÓSTICO		Nº HISTORIA CLÍNICA	
PACKING PERILUMINICO - HIPERTENSIÓN PORTAL SANGRANTE				

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	RECARGO	SI <input type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	<input type="checkbox"/> 3		
		NO <input checked="" type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA	<input type="checkbox"/> 3		
PRESTACIÓN		% COBRO	% PAB.	% ANEST.		
1802081		100	100	100		
1802003		50	50	50		
OTRAS PRESTACIONES	NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
		0301059	4		PROTOMBINA	96.951.870-8
		0301067	1		RECUEENTO PLACUETAS	96.951.870-8
		0301085	1	2	TROMBOPLASTINA	96.951.870-8
		0301085	5		TROMBOPLASTINA	96.951.870-8
		0302004	2	2	ACIDO LACTICO	96.951.870-8
		0302004	4		ACIDO LACTICO	96.951.870-8
		0302015	1		CAICIO EN SANGRE	96.951.870-8
	0302023	4		CREATININA	96.951.870-8	

DIFERENCIAS AUTORIZADAS	DIFERENCIA POR DÍAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES	HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MÉDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$ 50.000-
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
TOTAL	\$	

FUNDAMENTO	USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE		
		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR



ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



FOLIO N° 61258471

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL **PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL N°** _____

ASEGURADO	RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
	ESTADO PREVISIONAL						GRUPO INGRESO	TELÉFONO
	<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. SUB. CESANTÍA <input type="checkbox"/> 4. PENSIONADO <input type="checkbox"/> 5. INDIGENTE							
	CALLE		N°		POBLACIÓN / VILLA		COMUNA	CIUDAD
RUT PACIENTE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
6.542.555 - 6		TORO		PIZARRO		JULIO		

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO	GRUPO / NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO						
	99.537.800 - 0	3	CLINICA TORTADA						
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DESDE:		DÍA	MES	AÑO	HASTA:	DÍA	MES	AÑO	N° DÍAS:

PROF. TRATANTE	RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE					
	14.620.584 - 4	3	WILLIAM CONSTANCE SOLÍS					
	DIAGNÓSTICO			N° HISTORIA CLÍNICA			FIRMA PROFESIONAL TRATANTE	
PACKING PERITONEICO - HIPERTENSIÓN POR TAL SANGRANTE								

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	RECARGO	SI <input type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	<input type="text"/>																																			
		NO <input type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA	<input type="text"/>																																			
	PRESTACIÓN	% COBRO	% PAB.	% ANEST.																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>R.U.T.</th> <th>ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1ER CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 1. MEDICINA</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ANEST. (MISMO 1ER CIR.)</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ANEST. (OTRO PROFES.)</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2DO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3ER CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>4TO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>5TO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 7. OTROS</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>PABELLÓN</td> <td>-</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ÍTEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA	1	1ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA	2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	<input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA	3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA	4	2DO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA	5	3ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO	6	4TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA	7	5TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 7. OTROS	8	PABELLÓN	-
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA																																				
1	1ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA																																				
2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	<input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA																																				
3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA																																				
4	2DO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA																																				
5	3ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO																																				
6	4TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA																																				
7	5TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 7. OTROS																																				
8	PABELLÓN	-																																					

NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
	0302032	3	2	ELECTROLITOS PLASMATICOS	96.951.870 - 8
	0302032	12		ELECTROLITOS PLASMATICOS	96.951.870 - 8
	0302046	3	2	GASES Y EQUILIBRIOS	96.951.870 - 8
	0302046	4		GASES Y EQUILIBRIOS	96.951.870 - 8
	0302047	3		GLUCOSA EN SANGRE	96.951.870 - 8
	0302057	4		NITROGENO UREICO	96.951.870 - 8
	0305031	3		PROTEINA C REACTIVA.	96.951.870 - 8
	0309022	3		ORINA COMPLETA	96.951.870 - 8

DIFERENCIAS AUTORIZADAS	DIFERENCIA POR DÍAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES	HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MÉDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
TOTAL	\$	

FUNDAMENTO	USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE		
		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR



Gobierno de Chile

ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



FOLIO N° 61258472

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL N° _____

ASEGURADO	RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
	ESTADO PREVISIONAL						GRUPO INGRESO	TELÉFONO
	<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. SUB. CESANTÍA <input type="checkbox"/> 4. PENSIONADO <input type="checkbox"/> 5. INDIGENTE							
	CALLE		N°		POBLACIÓN / VILLA		COMUNA	CIUDAD
RUT PACIENTE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
6.542.555 - 6		TORO		PIZARRO		JULIO		

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO	GRUPO / NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO						
	99.537.800 - 0	3	CLINICA TORTADA						
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DESDE:		DIA	MES	AÑO	HASTA:	DIA	MES	AÑO	N° DIAS:

PROF. TRATANTE	RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE						
	14.620.584 - 4	3	WILLIAN CONSTANTE SORIA						
DIAGNÓSTICO						N° HISTORIA CLÍNICA		FIRMA PROFESIONAL TRATANTE	

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	RECARGO	SI <input type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	<input type="text"/>																											
		NO <input type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA	<input type="text"/>																											
	PRESTACIÓN	% COBRO	% PAB.	% ANEST.																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>R.U.T.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1ER CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>2</td><td>ANEST. (MISMO 1ER CIR.)</td><td>-</td></tr> <tr><td>3</td><td>ANEST. (OTRO PROFES.)</td><td>-</td></tr> <tr><td>4</td><td>2DO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>5</td><td>3ER CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>6</td><td>4TO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>7</td><td>5TO CIRUJANO</td><td>-</td></tr> <tr><td>8</td><td>PABELLÓN</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>					ITEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.	1	1ER CIRUJANO	-	2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	4	2DO CIRUJANO	-	5	3ER CIRUJANO	-	6	4TO CIRUJANO	-	7	5TO CIRUJANO	-	8	PABELLÓN	-
ITEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.																													
1	1ER CIRUJANO	-																													
2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-																													
3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-																													
4	2DO CIRUJANO	-																													
5	3ER CIRUJANO	-																													
6	4TO CIRUJANO	-																													
7	5TO CIRUJANO	-																													
8	PABELLÓN	-																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. MEDICINA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. CIRUGÍA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. OBST. Y GINECOLOGÍA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. PSIQUIATRÍA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. TRAT. RADIOLÓGICO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. KINESITERAPIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. OTROS</td></tr> </tbody> </table>					ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA		<input type="checkbox"/>	1. MEDICINA	<input type="checkbox"/>	2. CIRUGÍA	<input type="checkbox"/>	3. OBST. Y GINECOLOGÍA	<input type="checkbox"/>	4. PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/>	5. TRAT. RADIOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	6. KINESITERAPIA	<input type="checkbox"/>	7. OTROS											
ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA																															
<input type="checkbox"/>	1. MEDICINA																														
<input type="checkbox"/>	2. CIRUGÍA																														
<input type="checkbox"/>	3. OBST. Y GINECOLOGÍA																														
<input type="checkbox"/>	4. PSIQUIATRÍA																														
<input type="checkbox"/>	5. TRAT. RADIOLÓGICO																														
<input type="checkbox"/>	6. KINESITERAPIA																														
<input type="checkbox"/>	7. OTROS																														

NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
	0401008	2		RADIOGRAFIA TORAX	76.751.280 - 5
	0702001	16	2	PREPARACION GLOBULOS	99.537.800 - 0
	0702001	8		PREPARACION GLOBULOS	99.537.800 - 0
	0702003	7	2	SET EXAMENES	99.537.800 - 0
	0702003	4		SET EXAMENES	99.537.800 - 0
	0702004	7	2	SET EXAMENES POR UNID	99.537.800 - 0
	0702004	4		SET EXAMENES POR UNID	99.537.800 - 0
	0702005	16	2	PRUEBA COMPATIBILIDAD	99.537.800 - 0

DIFERENCIAS AUTORIZADAS	DIFERENCIA POR DÍAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES	HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MÉDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
TOTAL	\$	

FUNDAMENTO	USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE		
		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR



ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



FOLIO Nº 61258473

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº _____

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL

ASEGURADO	RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
	ESTADO PREVISIONAL						GRUPO INGRESO	TELÉFONO
	<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. SUB. CESANTÍA <input type="checkbox"/> 4. PENSIONADO <input type="checkbox"/> 5. INDIGENTE							
	CALLE	Nº	POBLACIÓN / VILLA		COMUNA		CIUDAD	
RUT PACIENTE	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
6.542.555 - 6	TORO		PIZARRO		JULIO			

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO	GRUPO / NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO						
	99.537.800 - 0	3	CLINICA PORTADA						
FECHAS HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DESDE:		DIA	MES	AÑO	HASTA:	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS

PROF. TRATANTE	RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE					
	14.620.584 - 4	3	WILLIAM CONSTANCE SORIA					
	DIAGNÓSTICO			Nº HISTORIA CLÍNICA			FIRMA PROFESIONAL TRATANTE	

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	RECARGO	SI <input type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>RUT</th> <th>ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1ER CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 1. MEDICINA</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ANEST. (MISMO 1ER CIR.)</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ANEST. (OTRO PROFES.)</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2DO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3ER CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>4TO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>5TO CIRUJANO</td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> 7. OTROS</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>PABELLÓN</td> <td>-</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ITEM	DESCRIPCIÓN	RUT	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA	1	1ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA	2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	<input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA	3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA	4	2DO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA	5	3ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO	6	4TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA	7	5TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 7. OTROS	8	PABELLÓN	-	
	ITEM	DESCRIPCIÓN	RUT	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA																																					
	1	1ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA																																					
	2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	<input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA																																					
	3	ANEST. (OTRO PROFES.)	-	<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA																																					
	4	2DO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA																																					
	5	3ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO																																					
	6	4TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA																																					
7	5TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 7. OTROS																																						
8	PABELLÓN	-																																							
NO <input type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA	<input type="text"/>																																							
PRESTACIÓN	% COBRO	% PAB.	% ANEST.																																						

NIVEL	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	HOR.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
*	0702005	8		PRUEBA COMPATIBILIDAD	99.537.800 - 0
	0702008	16	2	TRANSFUSIÓN ADULTOS	99.537.800 - 0
	0702008	8		TRANSFUSIÓN ADULTOS.	99.537.800 - 0
	1701001	1		E. C. G.	26.751.280 - 5
V	0202301	1		DIA CAMA UTI	99.537.800 - 0
	0801008	2		BIOPSIA DE AGUIRRE	76.971.670 - K
	0801005	1		BIOPSIA DE AGUIRRE	76.971.670 - K

DIFERENCIAS AUTORIZADAS	DIFERENCIA POR DÍAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES	HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MÉDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
TOTAL	\$	

FUNDAMENTO	USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE		
		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR